

KWALITATIEVE CHRONISCHE ZORG IN VLAANDEREN: BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN

PERCEPTIES EN MENINGEN VAN ZORGVERLENERS IN DE EERSTE LIJN

Begeleidingscommissie

Dr. Gunther D'hanis (projectleider Domus Medica), dr. Wim Verhoeven (Domus Medica), dr. Pierre Sijbers (Domus Medica), Dimitri Gaethofs (LMN), dr. Areski Boumendil (Domus Medica), dr. Peter Hoffman (Domus Medica), Jan Palsterman (SEL), Jo Borloo (LMN), Bruno Mettepenningen (LOGO), Anne-Cathérine Poelmans (SEL), Dieter Deplancke (LOGO), Gert Merckx (Domus Medica), Dirk Put (extern consultant)

Met medewerking van
prof. dr. Geert Goderis
(K.U.Leuven)

Inhoud

Aanbevelingen aan de minister en zorgverleners over de organisatie van de Chronische zorg in Vlaanderen	5
Aanbevelingen aan de Minister	5
Aanbevelingen aan de zorgverleners	6
Voorwoord	7
Inleiding	8
Situering van de pilootprojecten	8
Een geïntegreerde aanpak	8
Internationale tendensen	8
Chronic Care Model van Wagner	9
Implementatie van het Chronic Care Model	10
Position paper	11
Afstemming op de Vlaamse context	11
Actieonderzoek Domus Medica: methodologie	12
Driestappenplan	12
Methodologie per fase	13
De opstartfase van het project	13
Pilootprojecten: sterkte-zwakteanalyse in de Vlaamse zorgregio's	14
Voorbeeld 1: Zorgcafé (wereldcafé)	16
Voorbeeld 2: Enquête en streekplatform	17
Andere gebruikte methodes	17
Methodologische verwerking: van long list naar short list	17
Netwerkdag rond chronische zorg	18
Validatie van de resultaten	19
Resultaten van de pilootprojecten	21
Pijler 1: Patiënt empowerment	22
Bevorderende factoren	23
Belemmerende factoren	23
Pijler 2: Zorgprocessen	24
Bevorderende factoren	26
Belemmerende factoren	27
Pijler 3: ICT of klinische informatiesystemen	28
Bevorderende factoren	30
Belemmerende factoren	30
Pijler 4: Beslissingsondersteuning & klinische besluitvorming	32

Bevorderende factoren	32
Belemmerende factoren.....	33
Pijler 5: Beleid & middelen.....	34
Bevorderende factoren	36
Belemmerende factoren.....	36
Bespreking en interpretatie resultaten pilootprojecten.....	38
De basisvoorwaarden voor positieve veranderingen zijn aanwezig	38
Belemmerende factoren	39
Gebrek aan kennis en onduidelijkheid	39
Opleiding en navorming	39
Communicatie	40
Silodenken	40
ICT.....	40
Huidige gezondheidsorganisatie	40
Functies en structuren in het mesoniveau	40
Incentives, geld en financiering.....	41
Hoe kan dit alles concreet toegepast worden?	42
In de huisartsenpraktijk	42
In het mesoniveau.....	42
Verbetering van competenties	42
Sterktes en zwaktes van dit project	43
Aanbevelingen aan de Minister	44
Aanbeveling 1: patiënt empowerment – patiënt centraal.....	44
Aanbeveling 2: bouwen op de sterke punten die reeds bestaan	44
Aanbeveling 3: een Integrated care model voor Vlaanderen lijkt een noodzaak.....	45
Aanbeveling 4: ZORGREGIO'S zijn meer dan een geografisch gegeven.....	45
Aanbeveling 5: structurele knelpunten.....	45
Aanbeveling 6: draagvlak	46
Aanbeveling 7: implementatieplan	47
Aanbeveling 8: raamkader	47
Aanbeveling 9: ontwikkelen en aansturen van de zorgregio's	47
Aanbeveling 10: incentives en hefboomen ontwikkelen om de bestaande knelpunten aan te pakken	47
Aanbeveling 11: constructieve samenwerking	48
Aanbevelingen aan de zorgverleners.....	49
Aanbeveling 1: plaats de patiënt centraal in uw denken en handelen	49
Aanbeveling 2: uiteindelijk is de goedkoopste patiënt 'een gezonde burger'	49

Aanbeveling 3: verlaat het ‘eigen territorium’	49
Aanbeveling 4: zet de stap van solist naar zorgteam	49
Aanbeveling 5: de as eerste lijn-tweede lijn dient versterkt te worden. Hoe?	50
Aanbeveling 6: meer structuur in de eerste lijn is niet alleen een zaak van de overheid	51
Samenvatting	52
Inleiding.....	52
Methode	52
Regionale bevraging	52
Methodologische verwerking	52
Validatie van de resultaten	52
Resultaten	52
Algemene resultaten	52
Belemmerende factoren	53
Aanbevelingen	53
Aanbeveling aan de minister	53
Aanbevelingen aan de zorgverleners	54
Besluit	55
Tabellen met de resultaten (na validatieronde)	56
Tabel 1: Facilitatoren: zeer sterke of sterke consensus	56
Tabel 2: Barrières: sterke of zeer sterke consensus.....	59
Tabel 3: Facilitators: zwakke of afwezige consensus	63
Tabel 4: Barrières: zwakke of afwezige consensus	64
Overzicht van de Resultaten per Pijler	67
Pijler 1: Patiënt empowerment.....	67
Pijler 2: Zorgprocessen	68
Pijler 3: ICT of klinische informatiesystemen	70
Pijler 4: Beslissingsondersteuning & klinische besluitvorming	71
Pijler 5: Beleid & middelen.....	72
Bijlagen	74
Bibliografie	75

Met dit project zijn we erin geslaagd om in 16 pilootregio's, over heel Vlaanderen, bij een diverse en representatieve groep zorgverleners te polsen naar de sterktes en de zwaktes in de chronische zorg en de organisatie hiervan. Inspraak en betrokkenheid van de zorgverleners bij het uittekenen van het toekomstige zorglandschap was een fundamenteel uitgangspunt van dit onderzoek.

Uit de resultaten van deze pilootregio's werden aanbevelingen uitgewerkt over de organisatie van de zorg in Vlaanderen. Op deze aanbevelingen wordt later in de tekst dieper ingegaan.

AANBEVELINGEN AAN DE MINISTER

- **Aanbeveling 1: stimuleer patiënt empowerment en stel de patiënt centraal in zijn chronische zorg.** De overheid heeft een belangrijke taak om, zowel voor patiënten als zorgverleners, een paradigmashift te bevorderen, te promoten en te ondersteunen.
- **Aanbeveling 2: bouw verder op de sterke punten die reeds bestaan.** Lokale actoren moeten op kleinstedelijk niveau samengebracht worden om lokale concepten aangepast te implementeren. Een bottom-up werking lijkt de aangewezen weg. Structuren zijn op het mesoniveau onontbeerlijk om een kwalitatieve multidisciplinaire chronische zorg waar te maken en spelen een belangrijke rol in de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.
- **Aanbeveling 3: het integrated care model voor Vlaanderen moet gemeenschapsgericht zijn met een maximale integratie van diensten.** Een horizontale integratie tussen gezondheid en welzijn is hierbij noodzakelijk. Voorzie in een strategie om silodenken bij zorgverleners te doorbreken. Verticale integratie tussen de eerste, tweede en derde lijn is een bijkomende voorwaarde, maar ook integratie binnen de sectoren of tussen preventieve en curatieve diensten zijn noodzakelijk om het integrated care model in Vlaanderen te realiseren.
- **Aanbeveling 4: zorgregio's zijn meer dan een geografisch gegeven.** Breng disciplines op kleinstedelijk niveau samen die de juiste structuren en processen kunnen ontwikkelen om chronische zorg correct toe te passen. Aanwezigheid van zelfstandige disciplines is hierbij een noodzaak.
- **Aanbeveling 5: structurele knelpunten moeten worden opgelost om een paradigmashift bij de zorgverleners en patiënten mogelijk te maken.** De allerbelangrijkste knelpunten zijn onaangepaste structuren op micro- en mesoniveau en een onaangepaste financiering van de zorgverleners.
- **Aanbeveling 6: bouw voor diepgaande veranderingen een draagvlak op bij patiënten en zorgverleners.**
- **Aanbeveling 7: werk een implementatieplan uit dat rekening houdt met de diversiteit en verschillen bij de zorgverleners.** Dit plan van aanpak moet ook rekening houden met een zekere inertie en zelfs weerstand tegen verandering, zowel bij de zorgverleners als bij de patiënten.

- **Aanbeveling 8: teken een raamkader uit dat de omslag van het gezondheidszorgsysteem mogelijk maakt.** Heel belangrijk daarbij is dat ook de overheden hun silo's doorbreken en samenwerken op de diverse niveaus.
- **Aanbeveling 9: de overheid heeft een taak in het ontwikkelen en aansturen van de zorgregio's.** Zorggraden, die alle stakeholders groeperen van zowel de eerste, de tweede als de derde lijn, moeten de bevoegdheden en de middelen krijgen om de zorg in de regio daadwerkelijk te plannen en te evalueren. Ze moeten de aanwezige data in de regio kunnen centraliseren om een regionaal gezondheidsbeleid te kunnen voeren. Dit hoeven geen nieuwe organen te worden. Ze kunnen gevormd worden door een herstructurering en rationalisering van de bestaande organen.
- **Aanbeveling 10: ontwikkel de nodige incentives en hefboomen** om de bestaande knelpunten aan te pakken, zodat de zorgverleners de juiste richting uit gaan.
- **Aanbeveling 11: Een constructieve samenwerking met de federale overheid en de andere gewestregeringen is een absolute noodzaak.**

AANBEVELINGEN AAN DE ZORGVERLENERS

- **Aanbeveling 1: plaats de patiënt centraal in uw denken en handelen.** De interactie tussen een empowerde patiënt en het team van zorgverleners vormt de hoeksteen in het concept van integrale zorg.
- **Aanbeveling 2: uiteindelijk is de goedkoopste patiënt 'een gezonde burger'.** We moeten evolueren van een benadering gericht op ziekte naar een doelgerichte benadering. Begrippen zoals gezondheidsbevordering, levenshygiëne en kwaliteit van leven moeten een veel belangrijker gewicht in de schaal werpen dan tot nog toe het geval is.
- **Aanbeveling 3: verlaat het 'eigen territorium'.** Niet wie de zorg levert is belangrijk, maar wel dat de juiste zorg aan de juiste persoon op het juiste tijdstip geleverd wordt.
- **Aanbeveling 4: zet de stap van solist naar zorgteam.** Door de toegenomen complexiteit van zorg is samenwerken in teamverband een noodzaak geworden. We moeten multidisciplinair werken. Meer vraaggestuurd dan aanbodgestuurd.
- **Aanbeveling 5: de as eerste lijn-tweede lijn dient versterkt te worden** door elkaar te ontmoeten in medische zorggraden per regio waar samen de chronische zorg gepland en geëvalueerd wordt. Maar ook door het gedeeld elektronisch medisch dossier en door het ondersteunen van bottom-up initiatieven en proefprojecten die die transmurale samenwerking ontwikkelen, kan de as eerste lijn-tweede lijn versterkt worden.
- **Aanbeveling 6: meer structuur in de eerste lijn is niet alleen een zaak van de overheid.** Zorgverleners hebben er alle belang bij, ook voor de eigen kwaliteit van werk en leven, om mee te stappen in dit verhaal.

De eerste lijn is in beweging. Dit proces van verandering is reeds enkele jaren bezig met eerstelijnsconferenties en de position paper 'Chronische zorg in België' van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) als belangrijkste getuigen.

In opdracht van het Vlaams Agentschap Welzijn en Gezondheid startte Domus Medica in 2013 aan een project om, naast de reeds bestaande vijftien strategische zorgregio's, ook een zestigtal organisatorische zorgregio's af te bakenen. Tijdens de voortgang van dit project groeide de overtuiging dat de inhoud van wat er in zo'n zorgregio moet gebeuren, veel belangrijker is dan eenvoudigweg gemeenten en hun inwoners groeperen. Zorgregio is een werkwoord. Een zorgregio is een verzameling van inwoners, patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties, overlegstructuren in het mesoniveau en openbare besturen die een lokale gezondheidszorgorganisatie uitwerken (en steeds opnieuw bijsturen) voor een bepaalde groep.

Een belangrijke opdracht voor de zorgregio is het doen functioneren van het nieuwe zorgmodel voor chronische ziekten, zoals het in de position paper beschreven staat.

Om de belemmerende en bevorderende factoren van een kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg in kaart te brengen, deden we een bevraging bij zorgverleners in zestien pilootregio's in Vlaanderen tussen augustus 2014 en maart 2015. In deze pilootprojecten werd gepeild naar de percepties en meningen van de zorgverleners over de huidige chronische zorg en over wat nodig is om het zorgmodel uit de position paper te kunnen bereiken. Wat is goed en wat kan beter?

De zorgverleners werden per zorgregio als groep aangesproken en hebben ook als groep geantwoord, zonder opsplitsing per zorgdiscipline. Er werd over gewaakt dat de grote groep zelfstandige zorgverleners bij het project betrokken zou worden.

Eén van de meest markante resultaten van dit project is dat er een hele dynamiek ontstaat wanneer zorgverleners uit verschillende disciplines rond dit veranderingsproces aan tafel zitten. In de resultaten viel ook de positieve ingesteldheid van de verschillende zorgverleners op over de evoluties in het zorglandschap en hun betrokkenheid om er iets degelijks van te willen maken.

Met de aangehaalde knelpunten in dit onderzoek kan men bij de verdere uitrol van het nieuwe zorgmodel rekening houden. Er kan ook verder gebouwd worden op de reeds bestaande positieve factoren. In het kader van het veranderingsproces duiden de resultaten actiepunten aan, die de verdere uitrol kunnen faciliteren.

We hopen dat de resultaten van deze pilootprojecten aanleiding kunnen zijn tot een verdere constructieve discussie. Laat ze vooral een uitnodiging zijn tot verdere actie.

Tot slot een speciaal dankwoord aan de meer dan 1300 deelnemers die meewerkten aan dit project, in het bijzonder ook aan de lokale stuurgroepen die dit project mee tot een succes maakten.

De begeleidingscommissie

INLEIDING

SITUERING VAN DE PILOOTPROJECTEN

Dit project is tot stand gekomen op vraag van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, met als opdracht: *'In elke provincie minstens drie huisartsenkringen identificeren die met andere eerstelijnsdisciplines tot een consensus komen over een kleinstedelijk praktijkondersteunend mesoniveau (niveau kleine stad of kleiner volgens zorgregiodecreet of consensus over alternatief), zoals door de Minister uitgesproken tijdens het symposium eerstelijnsgezondheidszorg van 7 december 2013.'*

Domus Medica heeft deze opdracht uitgewerkt door in zestien Vlaamse proefregio's te polsen naar de sterktes en zwaktes in de chronische zorg en de organisatie hiervan. Op basis van de resultaten van deze proefregio's werden aanbevelingen uitgewerkt over de organisatie van de zorg in Vlaanderen en hoe het kleinstedelijk praktijkondersteunend niveau in de toekomst kan worden georganiseerd. De vertrekbasis van deze bevraging was het Chronic Care Model.¹

EEN GEÏNTEGREERDE AANPAK

Waar vroeger de behandeling van acute ziektes heel belangrijk was in de eerstelijnsgezondheidszorg, neemt het belang van chronische aandoeningen nu spectaculair toe. Oorzaken hiervan zijn de vergrijzing en de langere overleving van personen met een chronische aandoening. Er is voldoende bewijs dat deze grote groep chronisch zieken een totaal andere aanpak vraagt.² Toch is de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen tot op heden amper aangepast aan deze groeiende patiëntenpopulatie. Er wordt dan ook te weinig ingespeeld op de nood aan effectief klinisch management, psychologische ondersteuning en informatie.³ Een omslag naar een meer geïntegreerde benadering dringt zich op. De klassieke manier van werken blijft reactief, dit wil zeggen het reageren op een acute zorgvraag met een bijbehorende prestatievergoeding. In dit model is chronische zorg niet meer dan een optelsom van acute episodes.

Dit systeem heeft zijn limieten bereikt. Boven de leeftijd van 65 jaar heeft de helft van de bevolking twee of meerdere chronische aandoeningen.⁴ Ongeveer 15% van onze populatie heeft complexe zorg nodig. Die zorg is meer dan de optelsom van enkele guidelines maar omvat ook welzijn en medewerking van de patiënt en zijn omgeving. Patiënten worden ouder, terminale aandoeningen worden chronische aandoeningen, levenskwaliteit en zelfbeschikking zijn begrippen die patiënten meer en meer aangrijpen om beslissingen rond levenseinde vorm te geven. Vroegtijdige zorgplanning is een aandachtspunt geworden in de woonzorgcentra en daarbuiten. De wetgeving palliatieve zorg, wetgeving euthanasie en de wet rond patiëntenrechten bieden een duidelijk wettelijk kader.

INTERNATIONALE TENDENSEN

Een Amerikaanse studie heeft aangetoond dat ongeveer 80% van de overlijdens geassocieerd is met één of meerdere ongezonde gewoontes.⁵ Grote boosdoeners zijn roken, obesitas, overdreven alcoholgebruik en ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging. Internationaal merken we dan ook een omslag in het omgaan met ziekte en gezondheid van een klemtoon die ligt op het bestrijden van acute ziektes naar een sterke nadruk op gezondheid en

gezonde levensstijl. Preventie wordt een steeds belangrijker aandachtspunt, zowel voor de maatschappij ('community') als voor de gezondheidszorg. In Vlaanderen zijn initiatieven zoals het LOGO (mesoniveau) en GMD+ (huisartsenpraktijk) een uiting van die evolutie.

Het Institute of Medicine (IOM) ging in het rapport 'Crossing the quality chasm' op zoek naar de oorzaken van de deficiëntie in de zorg voor deze patiënten.⁶ Een belangrijk aspect was de slechte organisatie van de zorg. Hieruit werd besloten dat verbeteringen in zorg niet bereikt kunnen worden door te schaven aan de huidige structuur want het actuele systeem vormt net het fundamenteel probleem. Er is veeleer nood aan een andere structuur.

Er wordt dan ook gepleit voor een innovatief, evidence based systeem waarbij rekening gehouden wordt met de behoeften van chronisch zieken om zo tot betere zorg te komen.⁷

CHRONIC CARE MODEL VAN WAGNER

Een zorgmodel biedt een basis voor deze herstructurering door op zoek te gaan naar de elementen die hiervoor noodzakelijk zijn.⁸ Zo publiceerde Wagner in 2003 het Chronic Care Model (CCM) dat een handleiding biedt bij de chronische zorg. Dit model geldt internationaal als basisreferentie.

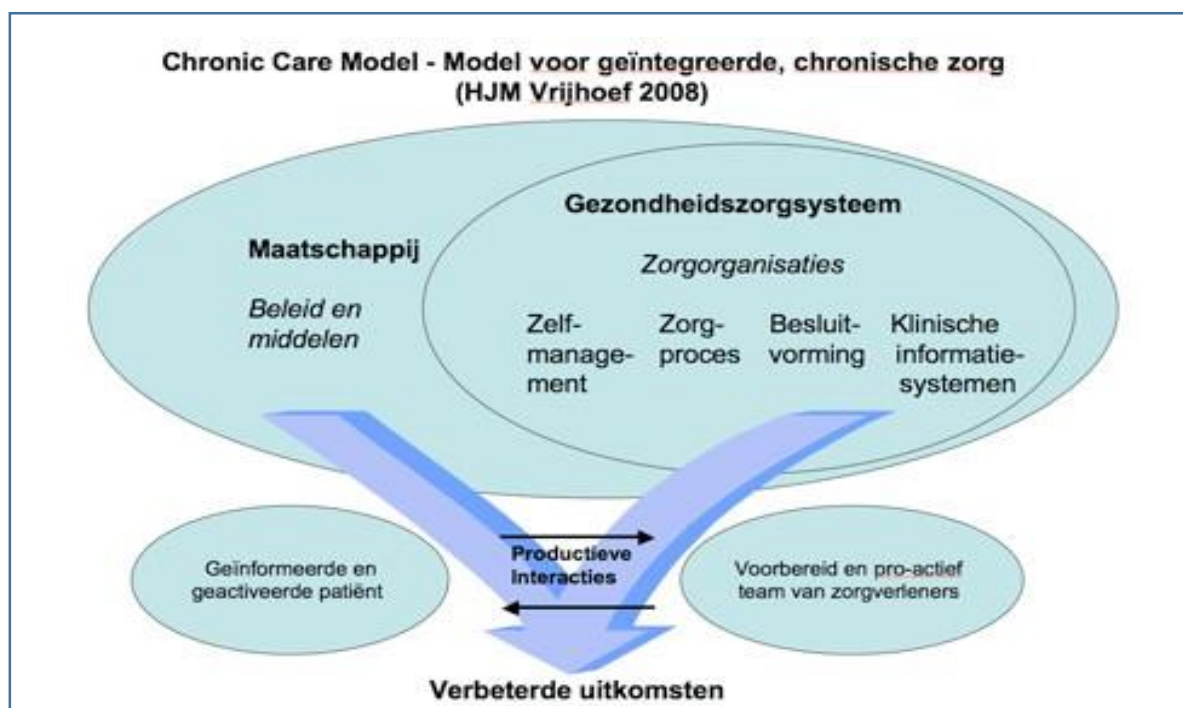
De World Health Organisation leidde uit het CCM het Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework af.⁹ Dit model spitst zich meer toe op overheidsinitiatieven.¹⁰ Het CCM gaat uit van zes pijlers die bijdragen tot een kwaliteitsvolle zorg voor chronisch zieken: ondersteuning van zelfmanagement door de patiënt, beslissingsondersteuning, zorgprocessen en zorgorganisatie, klinische informatiesystemen, de gemeenschap en ten slotte het gezondheidszorgsysteem. Het doel is om via deze pijlers een goede wisselwerking te realiseren tussen een degelijk geïnformeerde, gemotiveerde patiënt enerzijds en een goed voorbereid, georganiseerd zorgteam anderzijds.¹ Daarnaast koppelt het model ook vier niveaus: de gemeenschap, het gezondheidszorgsysteem, de zorgorganisatie en de patiënt (*figuur 1a en b*).⁸

Figuur 1a: Het Chronic Care Model (CCM)- zes pijlers en acties.⁸

Zes assen/pijlers	Acties
As 1: Patiënt empowerment	Acties gericht op het stimuleren van zelfzorg en ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving.
As 2: Organisatie van het zorgproces	Acties gericht op organisatie en ondersteuning van zorgverleners. Acties gericht op de optimalisatie van het zorgproces: geplande proactieve zorg ('population management') en multidisciplinair samenwerken.
As 3: Klinische besluitvorming en beslisondersteuning	Acties gericht op het belang van evidentiegebaseerde zorg en duidelijke behandelingsdoelstellingen, in de vorm van duidelijke protocollen.

AS 4: Klinische informatiesystemen	Acties gericht op adequate ondersteuning door ICT en goede mogelijkheden tot data-uitwisseling vanuit een performant en goed gebruikt EMD.
AS 5: Organisatie van de gezondheidszorg (beleid en middelen)	Acties gericht op een aangepaste financiering en organisatie van de zorg op micro-, meso- en macroniveau.
AS 6: Lokale ondersteuning	<p>Acties gericht op het leggen van contacten met lokale autoriteiten en welzijns-, patiënten- of andere organisaties om de hiaten in zorg op of aan te vullen.</p> <p>Acties gericht op samenwerking met organisaties om de toegankelijkheid van achtergestelde groepen in de chronische zorg te verhogen.</p>

Figuur 1b: Model voor geïntegreerde chronische zorg.⁸



IMPLEMENTATIE VAN HET CHRONIC CARE MODEL

Men heeft uit ervaringen met het CCM sinds 2000 een aantal conclusies kunnen trekken. Zo blijkt dat de veranderingen in chronische zorg toegepast kunnen worden in de alledaagse zorg en dat ze het grootste effect hebben door de verschillende elementen geïntegreerd te implementeren. Verder pleit men ook voor een algemene, niet-ziektespecifieke aanpak van chronische zorg. Een ziektespecifieke aanpak is namelijk te veel opgesteld vanuit het perspectief

van de zorgverlener en onvoldoende vanuit het standpunt van de zorgvrager. Het CCM pleit voor een grotere rol voor de patiënt. Zo stelde Vrijhoef dat er geen verbetering zal zijn zolang de patiënten met een chronische aandoening niet centraal staan.⁸

Er wordt gesteld dat verbetering van de zorg tijd zal vragen. Het proces zal jaren duren, maar op termijn zal het lonend zijn. Het CCM is ondertussen evenwel al geruime tijd gekend, maar de implementatie hiervan staat helemaal nog niet ver in Vlaanderen. Zeker de eerste lijn, gezien haar centrale en holistische rol in het zorglandschap, dient ondersteund te worden in deze evolutie. Er werden reeds een aantal losse maatregelen ingevoerd, maar het grote, algemene kader ontbreekt waardoor ze hun doel missen. Ook op vlak van financiering is er nood aan een hervorming. De meer gestructureerde en gecompartmenteerde specialistische zorg vormen competente en kwaliteitsvolle netwerken voor een aantal specifieke chronische aandoeningen. Een voorbeeld hiervan zijn de diabetesconventiecentra. Deze leveren hoogstaande zorg en worden internationaal wel geprezen.¹

POSITION PAPER

Internationaal werd inmiddels het belang van management van chronische zorg al duidelijk aangetoond.¹ Ook in Vlaanderen ziet men het belang hiervan in en dit leidde in 2012 reeds tot een position paper.¹¹ Dit is een blueprint van hoe de chronische zorg er zou moeten uitzien en is samengesteld door de Federale Overheid, het Riziv, de Vlaamse Overheid en afgevaardigden van de beroepsgroepen en grote zorgorganisaties. In deze tekst worden vanuit een probleemanalyse en aan de hand van een nieuw zorgmodel achttien aanbevelingen opgesteld rond chronische zorg.¹²

AFSTEMMING OP DE VLAAMSE CONTEXT

Om in Vlaanderen werk te maken van deze herstructurering van het gezondheidszorgsysteem vroeg minister Vandeuren Domus Medica hierover aanbevelingen te formuleren.

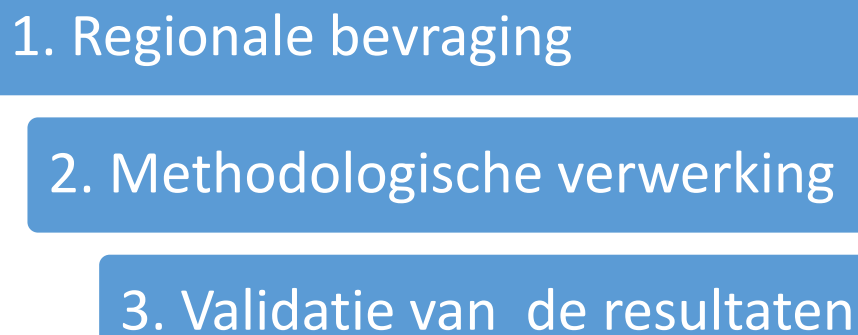
Er werden aanbevelingen opgesteld aan de hand van sterkte/zwakte-analyses die in zestien proefregio's werden afgenomen over de sterktes en zwaktes van het huidige systeem. Deze bottom-up aanpak heeft als voordeel dat het nieuwe systeem mee opgesteld wordt op basis van de input van het werkveld zelf en daardoor ook breder gedragen wordt. Een ander pluspunt is dat de proefprojecten in Vlaanderen zelf plaats vonden. Internationale modellen kunnen namelijk niet zomaar overgenomen worden, het is belangrijk dat het model afgestemd wordt op de Vlaamse en regionale situatie.¹

DRIESTAPPENPLAN

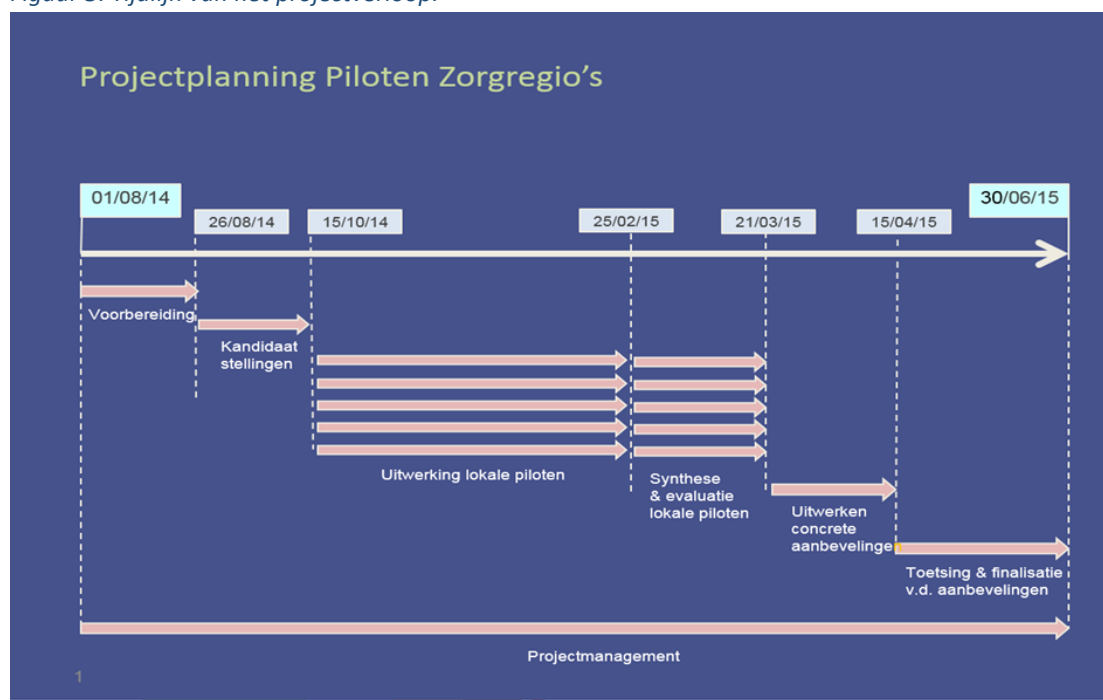
Aan de hand van regionale analyses werd nagegaan hoe ver Vlaanderen momenteel staat in chronische zorg en hoe de perceptie is van Vlaamse zorgverleners tegenover chronische zorg. Deze gegevens tonen de belemmerende en bevorderende factoren die het implementeren van een chronisch zorg model positief of negatief beïnvloeden. Deze belemmerende en bevorderende factoren kunnen het slagen of falen van de reorganisatie van de gezondheidszorg in de hand werken. Het is dan ook van belang om met deze factoren rekening te houden wanneer nagedacht wordt over de chronische zorg in Vlaanderen.

Om de doelstellingen te bereiken stelde Domus Medica een driestappenplan op (*figuur 2*).¹² Vervolgens stelde Domus Medica een tijdlijn op waarin de verschillende stappen verwerkt werden (*figuur 3*).

*Figuur 2: Drie stappen om tot aanbevelingen te komen.*¹²



*Figuur 3: Tijdlijn van het projectverloop.*¹²



Na een opstartfase werd een sterkte-zwakteanalyse uitgewerkt in de pilootprojecten (stap 1: regionale bevraging). Deze resultaten werden vervolgens door het begeleidingscomité methodologisch verwerkt (stap 2: methodologische verwerking). Op de netwerkdag chronische zorg (21 maart 2015) werden de voorlopige resultaten van de verzamelde input weergegeven. In de laatste stap werd aan de hand van een laatste feedback (stap 3: validatie van de resultaten) en overleg tot een rapport gekomen met daarin de bevroegde aanbevelingen voor minister Vandeurzen.

METHODOLOGIE PER FASE

DE OPSTARTFASE VAN HET PROJECT

Tijdens een informatiesessie op 26 augustus 2014 werd de vraag van minister Vandeurzen aan geïnteresseerde pilootregio's gekaderd. Aan meer dan honderd aanwezigen uit heel Vlaanderen werden context, doelstellingen, voorstel van aanpak en timing voorgesteld.

Op basis daarvan hebben de geïnteresseerde pilootregio's lokaal hun mogelijke deelname besproken. Een formele bevestiging van hun deelname, met aanduiding van een lokale projectleider en samenstelling van een lokale multidisciplinaire stuurgroep, werd begin oktober 2014 bij Domus Medica ontvangen. Er kwam een positieve respons van zestien regio's.

Aansluitend werd een startvergadering georganiseerd waarop concrete werkafspraken gemaakt werden, de eerste werksjablonen voorgesteld, data voor vervolgssessies vastgelegd, enzovoort. Een overkoepelend begeleidingscomité werd opgericht om de pilootregio' te ondersteunen, om het project te coördineren, tussentijdse opvolging te voorzien, knelpunten te behandelen, e.d.. Het begeleidingscomité werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de huisartsenkringen, LMN's, LOGO's en SEL's en kwam een tiental keer bij elkaar om het project op te volgen.

De input van de pilootregio's werd gevraagd onder de vorm van een sterkte-zwakteanalyse. Concreet betekent dit dat aan de zorgverleners werd gevraagd om de sterktes en zwaktes van multidisciplinaire chronische zorg in hun zorgregio in kaart te brengen. De verschillende deelnemende zorgregio's kregen van Domus Medica een sjabloon toegestuurd dat door hen moest ingevuld worden tussen oktober 2014 en februari 2015 (*figuur 4*).

Er zijn zes pijlers van het CCM, maar in deze sterkte-zwakteanalyse werden de vijfde en zesde pijler samengevoegd. De bevroegde pijlers in de sterkte-zwakteanalyse waren: beslissingsondersteuning, zorgprocessen, klinische informatiesystemen, patiënt empowerment en beleid en middelen.

Figuur 4: Sjabloon sterkte-zwakteanalyse.¹²

Voorgesteld sjabloon

<u>Sterke punten / wat loop er goed ?</u>	<u>Aandachtspunten</u>
<ul style="list-style-type: none">• ---• ---• ---• ---	<ul style="list-style-type: none">• ---• ---• ---• ---

Welke organisatorische veranderingen zijn gewenst ?

- ---
- ---
- ---

Welke instrumenten / middelen / tools zijn er nodig om deze veranderingen te bereiken ?

- ---
- ---
- ---

PILOOTPROJECTEN: STERKTE-ZWAKTEANALYSE IN DE VLAAMSE ZORGREGIO'S

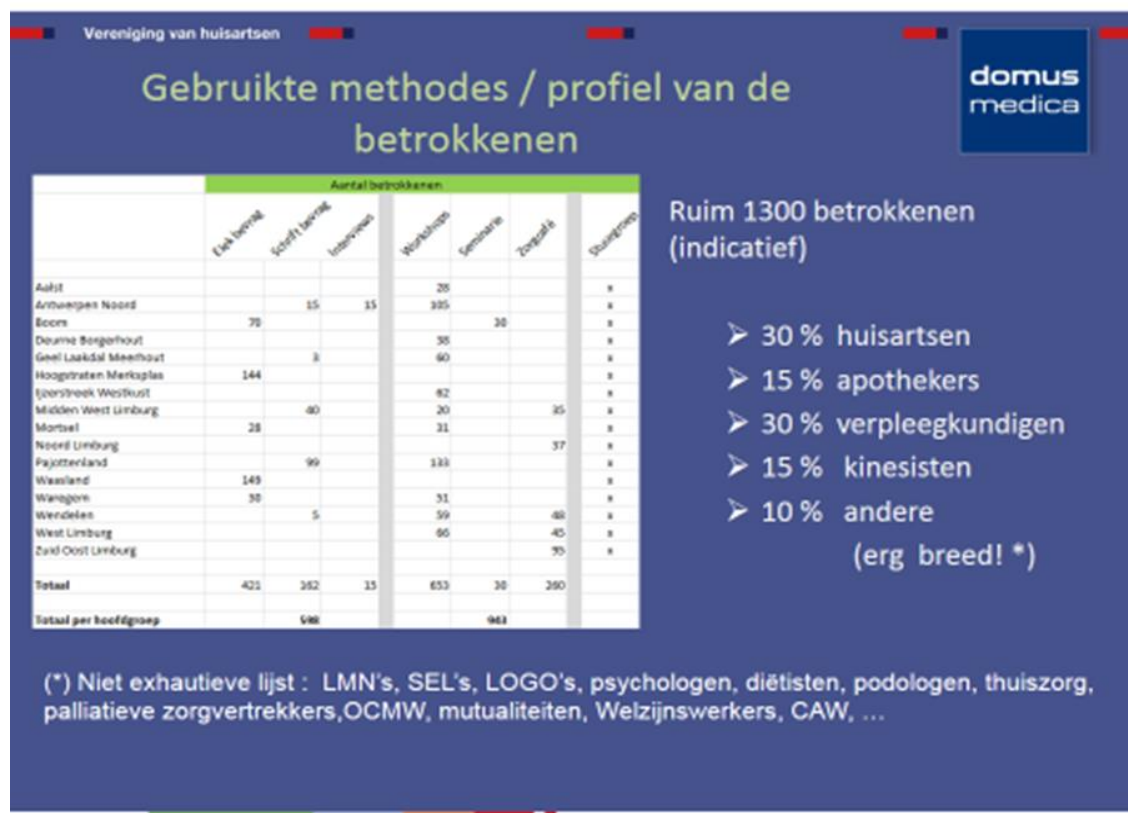
In zestien zorgregio's werd tussen november 2014 en februari 2015 een pilootproject uitgewerkt om de sterktes en zwaktes van het huidige zorgmodel te achterhalen. Om dit te coördineren stelde elk pilootproject een stuurgroep samen met een voorzitter en een coördinator. Minimum moesten huisartsen, apothekers, verpleegkundigen en kinesisten deel uitmaken van de stuurgroep. De voorzitter van de stuurgroep moest steeds een huisarts zijn. De functie van stuurgroepcoördinator werd meestal opgenomen door mensen uit de huidige netwerken: SEL, LMN en Huisartsenkringen.¹²

De zorgregio's die deelnamen, liggen verspreid over heel Vlaanderen, vanaf de IJzerstreek over Antwerpen-Noord tot Noord- en West-Limburg.

Om een zo volledig mogelijke analyse te doen, vroeg Domus Medica de sterkte-zwakteanalyse voor te leggen aan zoveel mogelijk zorgverlenersgroepen en professionele medewerkers uit de eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg. Minimum moesten huisartsen, apothekers, verpleegkundigen en kinesisten betrokken worden. Optioneel (maar in alle regio's is dit ook gebeurd) werden ook andere beroepsgroepen, organisaties en netwerken uit de eerste lijn betrokken, zowel uit de gezondheidssector als uit de welzijnssector. We denken hierbij onder andere aan tandartsen, welzijnswerkers, diëtisten, palliatieve zorgverstrekkers, psychologen, podologen, thuiszorg, mutualiteiten, LOGO's, SEL, LMN, ... De welzijnssector kwam niet in alle pilootprojecten aan bod.

In *figuur 5* vindt u een overzicht van de ondervraagde betrokkenen.

Figuur 5: Gebruikte methodes/profiel van de betrokkenen.



In het CCM is multidisciplinaire samenwerking een vereiste dus is het ook de bedoeling dat alle verschillende beroepsgroepen beter gaan samenwerken.¹²

In de mate van het mogelijke ging men dan ook samen rond tafel zitten om onderling de verschillende opinies over het huidige zorgmodel te bespreken. Er was een methodologische vrijheid in de aanpak van het project per pilootregio. Niet in alle pilootregio's ging men effectief ook fysiek rond de tafel zitten om de sterkte-zwakteanalyse uit te werken met alle betrokken partners (de stuurgroepen kwamen wel steeds fysiek samen voor de uitwerking en analyse).

In *figuur 6* wordt weergegeven welke methode werd gehanteerd per zorgregio en hoeveel zorgverleners hierbij betrokken waren. Veel zorgregio's kozen ervoor om via workshops te werken, maar een aantal andere zorgregio's opteerden in de plaats voor een elektronische of schriftelijke bevraging. De verschillende Limburgse zorgregio's die deelnamen verkozen het organiseren van zorgcafés.

De verschillende methodes van uitgewerkte pilootprojecten die tussen oktober 2014 en februari 2015 over heel Vlaanderen werden opgericht, worden hieronder illustratief beschreven aan de hand van twee concrete voorbeelden en een opsomming van de gebruikte methodes.

Figuur 6: Gebruikte methodes x-aantal van de zorgregio's.¹²

	Aantal betrokkenen						
	Elek bedrag	Schrift bedrag	Interviews	Workshops	Seminarie	Zorgcafé	Stuurgroep
Aalst				28			x
Antwerpen Noord		15	15	105			x
Boom	70				30		x
Deurne Borgerhout				38			x
Geel Laakdal Meerhout		3		60			x
Hoogstraten Merksplas	144						x
Ijzestreek Westkust				62			x
Midden West Limburg		40		20		35	x
Mortsel	28			31			x
Noord Limburg						37	x
Pajottenland		99		133			x
Waasland	149						x
Waregem	30			51			x
Wendelen		5		59		48	x
West Limburg				66		45	x
Zuid Oost Limburg						95	x
Totaal	421	162	15	653	30	260	
Totaal per hoofdgroep		598			943		

Regio Tienen stelde zich eerst kandidaat, maar leverde geen eindresultaat.

VOORBEELD 1: ZORGCAFÉ (WERELDCAFÉ)

Een eerste voorbeeld is het zorgcafé (wereldcafé) dat onder andere in Zuid-Oost-Limburg werd opgericht en bedoeld is om grote groepen mensen die anders geen gesprek met elkaar zouden voeren, samen te brengen. Mensen werden in kleine groepjes samengezet om te praten rond bepaalde thema's, wat zorgde voor een informele sfeer.¹³

Aan elke tafel werd gewerkt rond de zes pijlers van het CCM: ondersteuning van zelfmanagement door de patiënt, beslissingsondersteuning, zorgprocessen en zorgorganisatie, klinische informatiesystemen, de gemeenschap en ten slotte het gezondheidszorgsysteem.

Zorgverleners werden verdeeld over twaalf tafels en per tafel kwam één van de zes eerder vermelde pijlers aan bod. Elke pijler werd dus twee keer besproken. Per tafel was er een moderator en een draaiboek. In dit draaiboek werden de pijlers uitgelegd en er stonden ook begeleidende vragen in voor als het gesprek stilviel. Het doorschuifstelsel was zodanig georganiseerd dat elke zorgverlener een eigen parcours volgde en dus niet steeds bij dezelfde mensen kwam te zitten. Er waren verschillende beroepsgroepen aanwezig, waaronder huisartsen, kinesisten, apothekers, verpleegkundigen en welzijnswerkers.

In de Limburgse regio's waren er verschillende zorgcafés en de organisatoren van deze zorgcafés kwamen ook twee keer samen om ervaringen uit te wisselen met elkaar.

VOORBEELD 2: ENQUETE EN STREEKPLATFORM

Een ander voorbeeld is het gebruik van een enquête en streekplatform dat in het proefproject Zorgregio Boom gebruikt werd. Bij dit project was er samenwerking tussen de netwerken LMN (Lokale Multidisciplinaire Netwerken) en SEL (Samenwerkingsinitiatief EersteLijns-gezondheidszorg) en de drie huisartsenkringen uit de zorgregio's¹⁴.

Bij het oprichten van de stuurgroep om dit pilootproject te begeleiden werd de werkmethode bepaald. Er werd in deze regio gekozen om met een enquête te werken, gevolgd door een streekplatform. Het streekplatform is een specifiek instrument van het SEL waarbij drie 'kapstokken' worden gehanteerd: samenwerking in eerstelijnszorg, thuiszorg en residentiële zorg; individuele en zelfstandige zorgverstrekkers bereiken en tot slot communicatie.¹⁵

Reacties werden uitgelokt door middel van gesloten vragen en stellingen zoals: '*Ons zorgsysteem werkt continuïteit van de zorg perfect in de hand*'. Antwoorden kon via het aanduiden van een cijfer, gaande van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Om niet enkel en alleen deze scores te hebben, werd daarnaast de mogelijkheid beschikbaar gesteld om extra bemerkingen aan te geven.

In totaal waren er een dertigtal vragen en stellingen die de zorgverleners moesten quoteren. Het aantal vragen is bewust beperkt houden zodat zorgverleners meer geneigd zouden zijn om deze enquête in te vullen.

De vragenlijsten werden online beschikbaar gesteld en naar alle zorgverleners binnen de zorgregio Boom verstuurd. Men behulp van de sociale kaart werden in totaal een 450-tal zorgverleners bereikt. Daarbovenop heeft men het streekplatform van Boom en de contactenlijst van het LMN gebruikt zodat ook huisartsen en diëtisten bereikt werden.

ANDERE GEBRUIKTE METHODES

Zoals aangegeven in *figuur 6* werden in de verschillende proefprojecten nog een aantal andere methodes gehanteerd:

- schriftelijke bevraging
- interviews
- workshops
- seminarie

De zestien pilootregio's die de gevraagde sterkte-zwakteanalyse hebben uitgevoerd, vertaalden elk hun bevindingen en besluiten in een eindrapport.

In bijlage 1 vindt u een gedetailleerde beschrijving van de resultaten van de verschillende proefprojecten. Op de rijkdom hiervan werd aansluitend verder gewerkt door het begeleidingscomité.

METHODOLOGISCHE VERWERKING: VAN LONG LIST NAAR SHORT LIST

Figuur 7 geeft een beknopt overzicht van de verwerking van de bekomen resultaten die uit de sterkte-zwakteanalyse werden gehaald. In totaal werden ongeveer 1300 zorgverstrekkers bevroegd.

De verwerking van de analyse liep in vier fases:

Figuur 7: Opeenvolgende fasen met resultaten van de sterkte-zwakteanalyse.¹⁶



De bevraging leverde zeer veel items op van zowel belemmerende factoren (barrières) als bevorderende factoren (facilitators). Alle facilitators en barrières werden in een tabel geplaatst, weergegeven per pijler volgens het CCM en per zorgregio. Vervolgens werden de resultaten geglobaliseerd over de regio's heen, waarbij dubbele items geschrapt werden. Deze 'long list' bevatte 349 negatieve punten of barrières en 167 positieve punten of facilitators (bijlage 2).¹⁶

De uiteindelijk bekomen 'short list' bevatte nog altijd 98 barrières en 63 facilitatoren.

NETWERKDAG ROND CHRONISCHE ZORG

Op 21 maart 2015 werd een netwerkdag georganiseerd waarbij het project zelf werd voorgesteld. Hierop werden ook de voorlopige resultaten weergegeven en de pistes naar de toekomst besproken.

250 deelnemers uit de pilootprojecten en andere geïnteresseerden uit de gezondheids- en welzijnszorg in Vlaanderen en Brussel woonden de netwerkdag bij.

De dag ging van start met een korte voorstelling van een aantal proefprojecten en een voorbeeld van een samenwerking op grootstedelijk niveau in West-Vlaanderen.

Aansluitend werden workshops georganiseerd waarin zorgverleners de mogelijkheid kregen om feedback te geven over het project en over een aantal stellingen rond chronische zorg. Elke

workshop had een bepaalde pijler uit het CCM als centraal thema, waarover discussies werden gevoerd in relatief kleine groepen. Hierbij was er een moderator/coördinator aanwezig die met een aantal stellingen reacties probeerde uit te lokken.

Er volgde een korte presentatie door professor Goderis over de voorlopige resultaten en de interpretatie ervan, waarover de aanwezige zorgverleners feedback gaven tijdens het debat. Professor Borgermans plaatste de problematiek in een breder perspectief.¹⁷

De workshops, presentaties en debat lieten een ruime mogelijkheid tot feedback van de deelnemers. Doorheen de dag was er veel interactie mogelijk om zo feedback te geven. De respons van de zorgverleners doorheen de dag is belangrijk en dient zeker meegenomen te worden in de verwerking en interpretatie van de resultaten.

De presentaties van de netwerkdag kunt u hier bekijken:

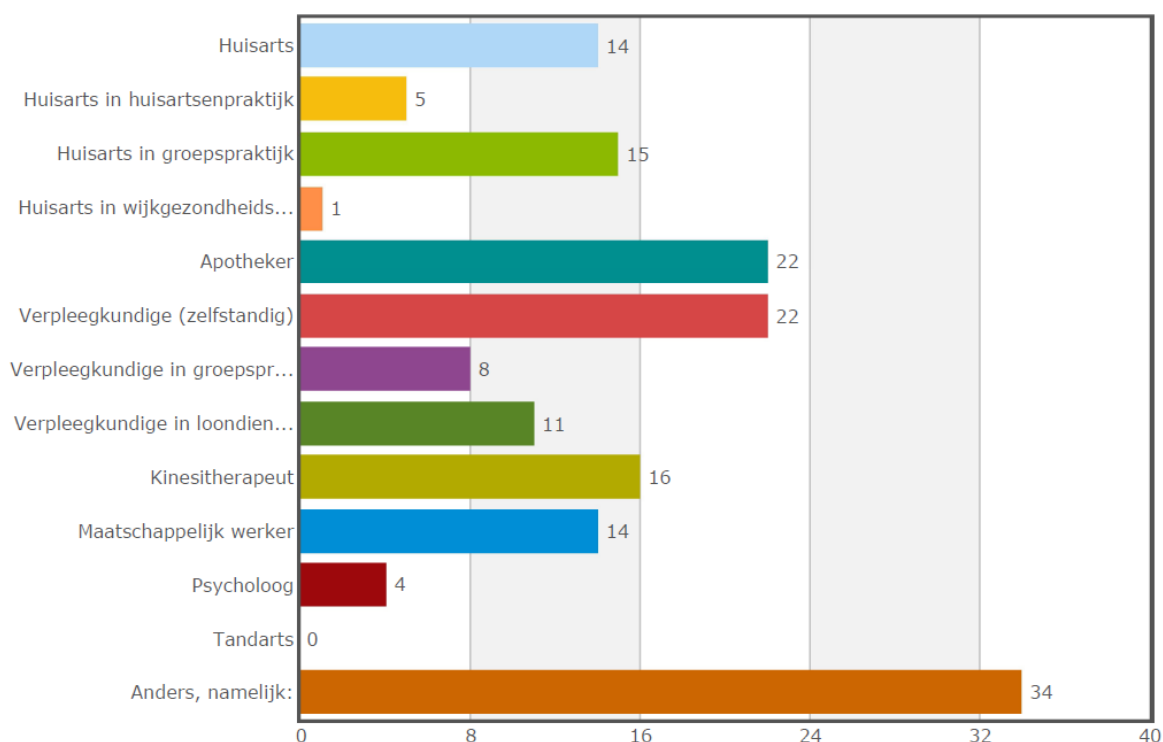
<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-teksten-beschikbaar.html>

VALIDATIE VAN DE RESULTATEN

De short list, bestaande uit 98 barrières en 63 facilitatoren, werd gevalideerd door de items terug te koppelen aan de pilootregio's. Voor elk item voorkomend in de short list werd gevraagd of men 'helemaal akkoord', 'eerder akkoord', 'eerder niet' of 'helemaal niet akkoord' waren. 166 personen namen deel aan het valideringsproces (figuren 8-10) (bijlage 3: resultaten valideringsproces).

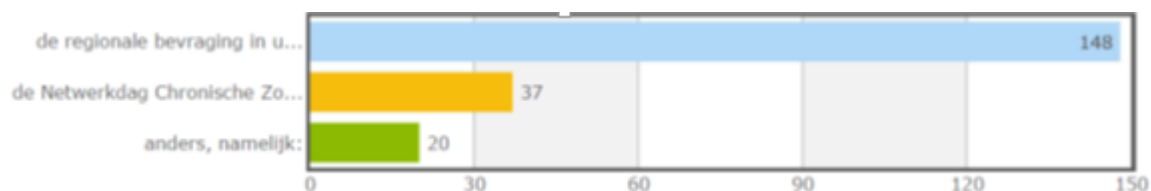
Voor de verdere besluitvorming werd rekening gehouden met de score van minimum 70% 'sterk tot zeer sterke' consensus.

Figuur 8: Beroep.



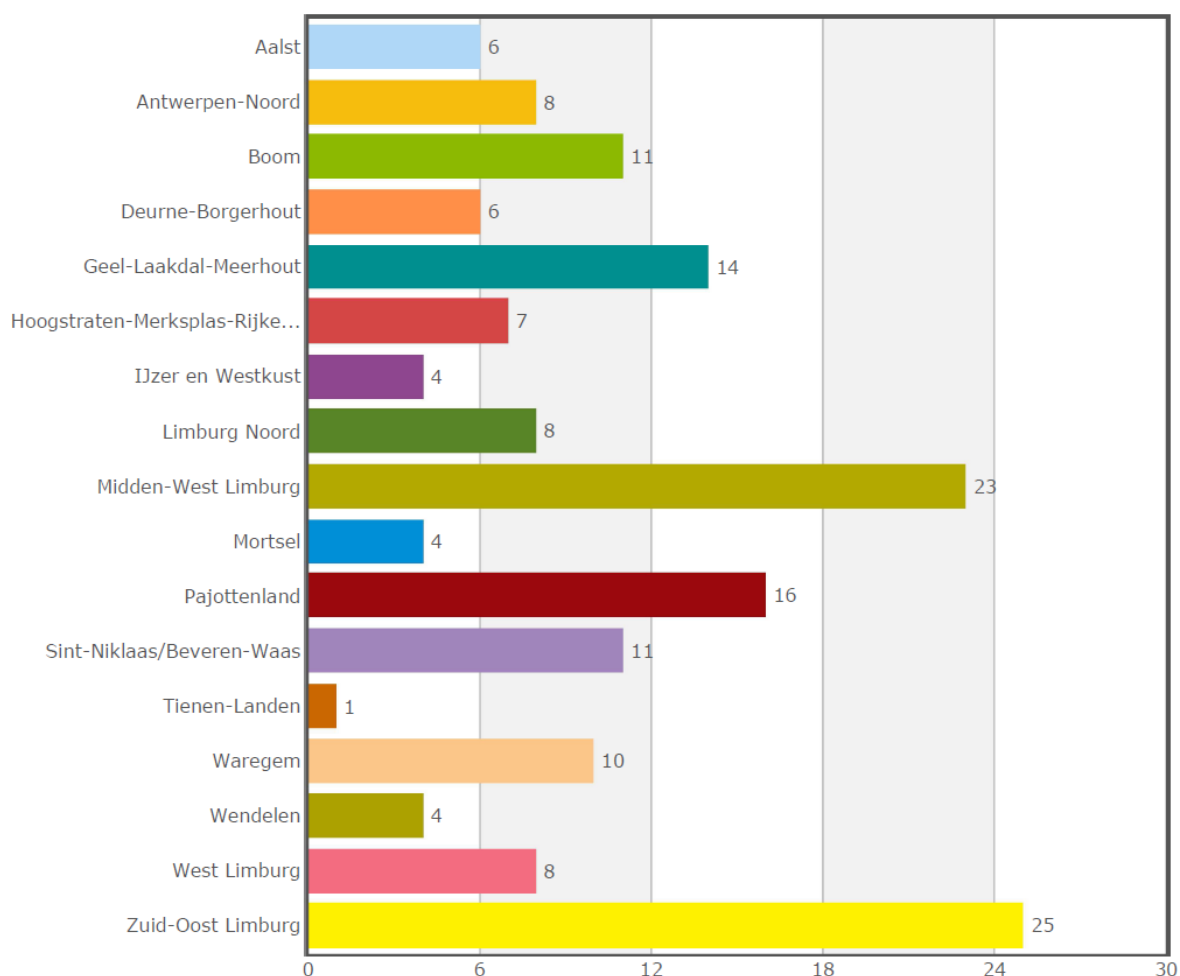
Anders, namelijk = o.a. LOGO, hoofdverpleegkundigen , netwerkcoördinatoren, zorgtrajectpromotoren, SEL, OCMW diensthoofd, wachtpostcoördinatoren, stafmedewerker, coördinator thuiszorgdienst, sociaal verpleegkundige,...

Figuur 9: Manier waarop de respondenten van de validatie oorspronkelijk aan de pilootprojecten hebben deelgenomen



Anders, namelijk = niet deelgenomen, projectcoördinator Hoogstraten, Merksplas, Rijkevorsel, Beerse, Vosselaar, stuurgroep pilootproject Pajottenland, digitale info,...

Figuur 10: Aantal respondenten bij de validering van de resultaten per pilootproject.



Over heel Vlaanderen werden ongeveer 1300 personen met verschillende professionele achtergrond bevroegd. Zo namen circa 400 huisartsen en verpleegkundigen deel, net als ongeveer 200 apothekers en kinesisten.

Het onderzoek leverde een long list op met 349 barrières en 167 facilitators (bijlage 2) die vervolgens verwerkt werden tot een shortlist.¹⁶ De short list werd teruggekoppeld naar de deelnemers in de pilootprojecten ter validering. De volledige resultaten van dit proces zijn te vinden in het hoofdstuk 'resultaten per pijler'.

Het resultaat van de pilootprojecten rond organisatie van chronische zorg in Vlaanderen is een lijst met gevalideerde uitspraken van de multidisciplinaire groep zorgverleners. De quotes die bij de validatie een score hoger dan 70% behaalden, zijn quotes met een 'sterke tot zeer sterke' consensus en werden in het **vet gemarkeerd** in de tabellen. Zij werden behouden bij de verdere verwerking van de resultaten.

De resultaten worden besproken per pijler van het CCM. Sommige quotes doen een uitspraak over meerdere pijlers en worden dan telkens weer in het resultaat opgenomen. Om de gegevens op een overzichtelijke manier te verwerken, hebben we ze geordend naar de krachtlijnen die uit de resultaten naar voor komen:

- organisatie van de chronische zorg (eventueel opgesplitst naar macro-, meso- en microniveau (zorgverlener of patiënt-mantelzorger);
- proces van verandering naar een meer kwaliteitsvolle geïntegreerde multidisciplinaire chronische zorg;
- opleiding, educatie, multidisciplinaire navorming, informatiebronnen

De bevorderende en belemmerende factoren waarover een sterke tot zeer sterke consensus bestaat, worden daarna besproken per pijler van het CCM. De nummers verwijzen naar de desbetreffende vraag. Groene nummers zijn 'facilitatoren' (bevorderende factoren), rode nummers zijn 'barrières' (belemmerende factoren).

Tabellen 1 tot 4 geven de eindresultaten van het volledige proces.

- *Tabel 1 geeft de 39 factoren weer waarover een sterke tot zeer sterke consensus bestaat dat ze bevorderend werken op de kwaliteit van chronische zorg.*
- *Tabel 2 geeft de 63 belemmerende factoren weer waarover een sterke tot zeer sterke consensus bestaat. Deze items met voldoende consensus vormen de basis van dit rapport.*
- *Tabel 3 geeft de bevorderende factoren weer waarover een zwakke of afwezige consensus bestaat.*
- *Tabel 4 geeft de belemmerende factoren weer waarover een zwakke of afwezige consensus bestaat.*

PIJLER 1: PATIËNT EMPOWERMENT

Patiënt Empowerment: bevorderende factoren	
70) Mantelzorgers hebben een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	98%
71) De sociale context heeft een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	97%
18) Patiënt empowerment is een pijler in de kwaliteitsverbetering van chronische zorg.	88%
19) Diabetes educatoren zijn van essentieel belang voor het empoweren van patiënten met type 2 diabetes.	86%
25) De toename van de mondigheid van de patiënten is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire zorg.	75%

Patiënt Empowerment: belemmerende factoren	
69) De patiënt loopt verloren in het overaanbod van informatie (o.a. Google).	95%
33) Het concept 'patiënt-empowerment' is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	78%
66) Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van patiënt-empowerment.	78%
34) Bij het 'patiënt-empowerment' is het onduidelijk wie welke taak opneemt.	75%
35) Nadruk op gezondheidsbevordering (in plaats van ziektebestrijding) is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	73%

BEVORDERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Patiënten zijn een stuk mondiger geworden. Dit wordt door de zorgverleners ervaren als een positieve zaak voor de kwaliteit van hun zorg. (25)
- Mantelzorgers hebben met hun eigen kennis, gedrag en attitudes een grote impact op de zorg. Het is dus belangrijk om de patiënt steeds in relatie te zien met zijn sociale context. (70) (71)

2. Proces van verandering

- Patiënt empowerment wordt duidelijk erkend als een belangrijke pijler in de kwaliteitsverbetering van chronische zorg. (18)

3. Opleiding en educatie

- Educatie is een taak van alle zorgverleners. met de diabeteseducatoren als good practice. (19)

BELEMMERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Ondanks het besef van de noodzaak over patiënt empowerment is het nog onvoldoende ingeburgerd bij de zorgverleners. (33) Het is ook onduidelijk wie welke taken dient op te nemen om zelfzorg bij de patiënten (en hun omgeving) te stimuleren. (34)
- De nadruk leggen op gezondheidsbevordering is bij zorgverleners niet genoeg ingeburgerd. Te vaak wordt nog enkel vanuit ziektebestrijding gewerkt. (35)

2. Proces van verandering

- Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal om zichzelf te versterken in het kader van de eigen gezondheid. De draagkracht van de patiënt is hier heel belangrijk. (66) Niet iedereen kan of wil een taak opnemen in de eigen chronische zorg. (34)

3. Opleiding en educatie

- De veelheid aan informatie op internet kan voor patiënten een bedreiging zijn. Patiënten kunnen verloren lopen in de overflow van niet-gecontroleerde en eventueel foutieve informatie die online beschikbaar is. (69)

Zorgprocessen: bevorderende factoren	
20) Het positieve engagement van de zorgverleners is een essentiële troef bij de verbetering van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	99%
36) Een goed functionerend team van professionele zorgverleners, die allemaal dezelfde boodschap zonder tegenstrijdigheden vertellen aan de patiënt, is essentieel opdat de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn zorg zal opnemen.	99%
32) Multidisciplinaire samenkomsten, waarbij zorgverleners elkaar beter leren kennen, verbeteren de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	96%
01b) Palliatieve netwerken zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	95%
34) Interacties tussen zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen bieden een oplossing voor het doorbreken van het 'silo-denken' (zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet).	95%
35) De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is een onmisbare troef voor goede zorg.	95%
31) Het uitwisselen van 'good practices' tussen zorgverleners verbetert de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	94%
01a) Gespecialiseerde paramedici in complexe situaties (dementie-, wondzorg-, palliatieve verpleegkundige, diabeteseducatoren en anderen) zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
01d) Het ontslagmanagement uit ziekenhuizen is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
33) Proefprojecten met de verschillende beroepsgroepen samen zijn belangrijk om zorgverleners mee te krijgen in het proces van kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	91%
14) Multidisciplinaire avonden zijn nodig voor bijscholing rond chronische zorg.	90%
01c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	84%
13) Lokaal monodisciplinair overleg is nodig om interactief van elkaar te leren over chronische zorg.	82%
41h) Nieuwe functies en zorgberoepen: gespecialiseerde verpleegkundige voor complexe zorgsituaties zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	72%

41k) Nieuwe functies en zorgberoepen: praktijkverpleegkundige zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	70%
---	------------

Zorgprocessen: belemmerende factoren	
06) Teamwork betekent meer dan coördinatie en elektronische communicatie.	94%
67) In de zorgverlening voor patiënten moet worden rekening gehouden met de weerslag van de sociale context (bv. de kennis, gedrag en attitudes van de mantelzorgers).	93%
02) Patiënt-centered care is essentieel bij chronische zorg (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde))	92%
10) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: de competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende afgebakend, noch gekend.	87%
78) Wat continuïteit van zorg betreft, is er een probleem met de naadloze (seamless) overgang tussen zorg in de eerste lijn en ziekenhuiszorg en omgekeerd.	87%
75) Er is een gebrek aan duidelijkheid rond het concept 'case-management' (voor welke patiënten, nieuwe functie of gewoon een zorgverlener uit het zorgteam?).	86%
52) De eerste lijn kent onvoldoende de dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en omgekeerd.	84%
09) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: het nut van nieuwe functies wordt niet altijd erkend door de gevestigde beroepsgroepen.	83%
50) Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet (silo-effect) .	83%
38) De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart, LMN, SEL,...).	82%
62) Vernieuwing en concepten beperken zich nog te veel tot de eigen lijn (silo-effect).	81%
72) Het silo-effect, dit is de scheiding tussen de disciplines, is een essentieel knelpunt dat de samenwerking, de communicatie en het overleg tussen zorgverleners bemoeilijkt.	81%
73) Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking.	80%
77) Er is nood aan een vaste referentiehuisarts.	78%
39) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg': zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee om te gaan.	77%
63) De noodzaak tot transmuraliteit tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat.	77%

49) Zorgverleners zien vaak alleen het 'hier en nu' in hun eigen praktijkvoering. Zij zien het bredere plaatje van gezondheidszorg en de maatschappelijk context onvoldoende.	75%
51) Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken door een andere 'lens' naar dezelfde problematiek, maar beseffen dit gegeven niet.	73%
07) Transmuraal teamwork is in de huidige gezondheidszorgorganisatie moeilijk te organiseren.	71%

BEVORDERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- De deelnemende zorgverleners erkennen unaniem dat een goed functionerend team van professionele zorgverleners, die allemaal dezelfde boodschap zonder tegenstrijdigheden vertellen aan de patiënt, essentieel is opdat de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn zorg zal opnemen. (36) De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is een onmisbare troef voor goede zorg. (35)
- In de huidige organisatie van chronische zorg herkennen of erkennen de deelnemende zorgverleners verscheidene elementen die een meerwaarde bieden tot de kwaliteit van de zorg. De zorgtrajecten worden erkend als een eerste aanzet tot een multidisciplinaire aanpak van chronische zorg. (41c)
- Gespecialiseerde verpleegkundigen (palliatieve zorg, referentieverpleegkundigen bij dementie, diabetes en wondzorg) bieden een grote meerwaarde bij chronische zorg. (41h)
- De praktijkverpleegkundige wordt erkend als een meerwaarde bij chronische zorg. (41k)

2. Proces van verandering

- Bij de deelnemende zorgverleners is er een grote bereidheid tot verandering. Dit positieve engagement van zorgverleners zien zij unaniem als een essentiële troef bij de verbetering van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg. (20)
- Recente innovaties in de organisatie van chronische zorg worden ervaren als elementen met een grote meerwaarde bij kwaliteitsverbetering van chronische zorg (door hun introductie wordt het veranderingsproces gefaciliteerd): palliatieve netwerken (01b), ontslagmanagement uit het ziekenhuis (01d), gespecialiseerde paramedici (palliatie-, dementie-, wondzorgverpleegkundigen, diabeteseducatoren,...) (01a), zorgtrajecten (01c).
- Het samenbrengen van zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen verbetert de kwaliteit van de zorg: dit biedt een oplossing voor het doorbreken van het silodenken (34); het opzetten van proefprojecten is voor veel zorgverleners een start in het proces van kwaliteitsverbetering. (33)
- Het uitwisselen van 'good practices' tussen zorgverleners verbetert de kwaliteit van de zorg. (31)
- De nieuwe softwarepakketten met hun ingebouwde tools zorgen voor kwaliteitsverbetering in de multidisciplinaire chronische zorg. (05)

3. Opleiding en educatie

- Zowel monodisciplinaire interactieve navorming (13) als multidisciplinaire navorming rond chronische zorg (14) zijn nodig.

1. Organisatie

- Kwaliteitsvolle chronische zorg heeft nood aan een integratie tussen zorg en welzijn. Dat ontbreekt nu (04). In de praktijk werken zorg en welzijn gescheiden van elkaar, met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden. (81)
- Er is nood aan een vaste referentie-huisarts. (77)
- Het werken in teamverband in de eerste lijn blijkt heel wat hindernissen te kennen:
 - Teamwork is meer dan coördinatie en elektronische communicatie. (06)
 - Er is onduidelijk en onenigheid over de taakverdeling doordat de competenties van de verschillende beroepsgroepen niet voldoende afgebakend, noch gekend zijn. (10) Het nut van nieuwe functies wordt niet altijd herkend door de gevestigde beroepsgroepen. (09) Het gebrek aan afspraken leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking. (73)
 - Er is onwetendheid over de functie 'case manager'. (75)
- Het werken in teamverband wordt gehinderd door het silo-effect: zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet (50). Zorgverleners uit de eerste lijn kennen ook onvoldoende de dynamiek en zorgprocessen in het ziekenhuis, en omgekeerd. (52) Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken 'met een andere lens' naar hetzelfde probleem, maar beseffen dit vaak niet (51). Het silo-effect is een knelpunt dat de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners bemoeilijkt. (72)
- Samenwerken met het ziekenhuis loopt niet van een leien dakje:
 - Wat de continuïteit betreft: er is een probleem met de naadloze overgang tussen de thuissituatie en het ziekenhuis en omgekeerd. (78)
 - De noodzaak tot transmurale zorg tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat. (63)
 - Transmurale zorg is in de huidige gezondheidsorganisatie moeilijk te organiseren. (07)
- Er is nood aan patiënt-centered care, op basis van de behoeften van de patiënt (02), en zorg die rekening houdt met de mogelijkheden en sociale context van de patiënt en mantelzorger. (67)
- De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart, LMN, SEL,...). (38)

2. Proces van verandering

- Vernieuwing en concepten beperken zich nog al te vaak tot de eigen lijn: silo-effect. (62)
- Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken 'door een andere lens' naar hetzelfde probleem maar beseffen dit niet. (51)
- Zorgverleners zien vaak alleen 'het hier en nu' in hun eigen praktijkvoering. Zij zien het bredere plaatje van gezondheidszorg in de maatschappelijke context onvoldoende en ervaren dus geen nood aan verandering. (49)

3. Opleiding en educatie

- Er is nood aan opleiding in alle disciplines over de kernboodschap van multidisciplinaire chronische zorg: zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg'; zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee omgaan. (39)

PIJLER 3: ICT OF KLINISCHE INFORMATIESYSTEMEN

Klinische informatiesystemen: bevorderende factoren	
48) Goedwerkende ICT is een basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle en efficiënte zorg.	91%
01e) Het gedeeld farmaceutisch dossier is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	90%
41f) Het GMD als instrument voor de vaste referentie-huisarts is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
02) De sociale kaart is een werkinstrument voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	86%
04) De opleiding en navorming voor ICT en softwarepakketten zijn essentieel voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire zorg.	84%
07) Technologische evoluties (e-mail, digitaal afsprakenbeheer,...) zijn een essentiële pijler voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	84%
03) Het project 'éénlijn.be' is een belangrijke facilitator om de innovatie in ICT-applicaties te ondersteunen.	78%
05) De nieuwe softwarepakketten met hun specifiek ingebouwde tools zorgen voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
06) E-Health is een conceptueel sterke ICT-innovatie voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41e) Website E-Health is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	73%

Klinische informatiesystemen: belemmerende factoren	
15) ICT-tools (sociale kaart, EBMPracticenet,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden.	95%
20) Er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn.	95%
68) De patiënt/mantelzorger is ook nog onvoldoende mee in het ICT-verhaal (EPD= elektronisch patiënten dossier, informed consent, privacy).	92%
97) Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen, zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn (bv. éénlijn.be).	92%

12) Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk (zowel bij de individuele zorgverlener als door overheid).	89%
19) Er is onduidelijkheid over hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet.	89%
22) Medische software moet operationeel gemaakt worden om ook thuis bij de patiënt te kunnen gebruiken.	86%
41) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en E-Health voor kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.	80%
11) De ICT-systemen die momenteel door de zorgverleners gebruikt worden, laten het toepassen van CCM niet toe.	78%
13) Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te veel uit om de zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen.	77%
18) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke gegevens de patiënt mag inzien en is er onduidelijkheid over de regeling 'informed consent'.	74%
21) Uitwisseling van gegevens tussen software in de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande.	73%
17) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien.	72%

BEVORDERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Goedwerkende ICT is een basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg. (48)
- Het GMD is een belangrijk instrument om te werken met de vaste referentie-huisarts. (41f)
- Een digitale, vlot raadpleegbare sociale kaart is een meerwaarde voor kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg. (02)
- Tal van ICT-evoluties worden door zorgverleners ervaren als een belangrijke bijdrage bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle chronische zorg: het gedeeld farmaceutisch dossier (01e), technologische evoluties (e-mail, digitaal afsprakenbeheer,...) (07), e-Health platform en al zijn applicaties. (41 e)

2. Proces van verandering

- Het invoeren van nieuwe ICT-toepassingen faciliteert het veranderingsproces naar kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg:
 - het gedeeld farmaceutisch dossier, (01 e)
 - de opleiding en navorming voor ICT en nieuwe softwarepakketten, (04)
 - het project 'éénlijn', (03)
 - de nieuwe softwarepakketten voor huisartsen, (05)
 - CEBAM, een online kennis database, nu rechtstreeks vanuit het huisartsen-EMD te raadplegen. (10)
- E-Health is een conceptueel sterke ICT-innovator die de kwaliteitsverbetering in de chronische zorg faciliteert. (06)

3. Opleiding en educatie

- De opleiding en navorming voor de nieuwe softwarepakketten (04) en het project 'éénlijn' (03) worden als belangrijke opleidingsinstrumenten geëvalueerd.

BELEMMERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- De gebruiksmogelijkheden van ICT in de praktijk sluiten niet aan bij de mogelijkheden en de verwachtingen:
 - Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te dikwijls uit om zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen. (13)
 - ICT systemen die momenteel door de zorgverleners gebruikt worden, laten het toepassen van CCM niet toe. (hou rekening met de verschillen in disciplines). (11)
 - Medische software moet operationeel gemaakt worden om ook bij de patiënt thuis te kunnen gebruiken. (22)
 - Interoperabiliteit: er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van verschillende zorgverleners in de eerste lijn. (20)
 - ICT-tools (sociale kaart, EBMPacticenet,...) vragen regelmatig input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden. (15)
 - Uitwisseling van gegevens tussen de software van zorgverleners uit de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande. (21)
- Privacy is een item waar veel bezorgdheid over heerst:
 - bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke gegevens de patiënt mag inzien en is er onduidelijkheid over de regeling 'informed consent'. (18)

- het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is. (16)
- bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien. (17)
- er is onduidelijkheid hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet. (19)

2. Proces van verandering

- Toegang tot het gebruik van ICT lijkt niet voor iedereen vanzelfsprekend en hindert de implementatie:
 - De oplopende kosten van ICT-systemen zijn een probleem voor zorgverleners (opleidingen om vlot met ICT te werken kosten ook tijd en geld). (84)
 - Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen en zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn. (97)
 - Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en e-Health voor kwaliteitsverbetering van chronische zorg. (41)
 - De patiënt-mantelzorger is onvoldoende mee in het ICT-verhaal. (68)

Beslissingsondersteuning en klinische besluitvorming: bevorderende factoren	
41d) Richtlijnen zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
47) De verscheidene vormen van feedback (LOK, 1 op 1 intervisie, praktijkcoaching, voorschrijfprofielen Riziv,...) dragen bij tot de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.	83%
46) Kwaliteitshandboeken in bepaalde disciplines (bijvoorbeeld: verpleegkunde) zijn essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit chronische zorg.	78%
08) De kwaliteitsindicatoren en de methodologie ter bevordering van de kwaliteit (normering en protocollering) bevorderen het evidence based werken.	75%
10) CEBAM (meer info: www.cebam.be) is van essentieel belang ter bevordering van evidence based zorg.	72%

Beslissingsondersteuning en klinische besluitvorming: belemmerende factoren	
24) Er is een kloof tussen de EBM-theorie en de mogelijkheid om de richtlijnen ook daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse chronische zorg.	83%
44) Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid.	80%
32) Er is nood aan gespecialiseerde ondersteuning voor het organiseren van kwalitatieve bijscholing.	78%
23) Evidence based medicine (EBM) is onvoldoende gekend bij niet-artsen.	77%
40) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het gebruik van 'evidence based targets' (het nastreven van vooraf geformuleerde targets).	75%
43) Er is weerstand en inertie bij verandering in de eigen praktijk.	70%

BEVORDERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Richtlijnen, standaarden, guidelines zijn een meerwaarde voor de kwaliteit van de chronische zorg. (41d)
- Kwaliteitshandboeken in bepaalde disciplines (bijvoorbeeld verpleegkunde) zijn essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit van chronische zorg. (46)

- De kwaliteitsindicatoren en de methodologie ter bevordering van de kwaliteit (normering en protocollering) bevorderen het evidence based werken. (08)
- CEBAM is van essentieel belang ter beoordeling van evidence based zorg. (10)
- De verscheidene vormen van feedback (LOK, 1 op 1 intervisie, praktijkcoaching, voorschrijfprofielen,...) dragen bij tot de kwaliteitsverbetering van chronische zorg. (47)

BELEMMERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Er is een kloof tussen de EBM (Evidence Based Medicine)-theorie en de mogelijkheid om de richtlijnen ook daadwerkelijk toe te passen in de praktijk. (24)
- EBM is onvoldoende gekend bij niet artsen. (23)
- Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het gebruik van evidence based targets (het nastreven van vooraf geformuleerde zorgdoelen). (40)

2. Proces van verandering

- Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid. (44)
- Er is weerstand en inertie bij verandering in de eigen praktijk. (43)

3. Opleiding en educatie

- Er is nood aan gespecialiseerde ondersteuning voor het organiseren van kwalitatieve bijscholing (EBM en multidisciplinaire zorg). (32)

Beleid en middelen: bevorderende factoren	
49) Adequate terugbetaling van diensten is noodzakelijk ter bevordering van de toegankelijkheid van de zorg.	96%
44) Specifieke financiële incentives (bijscholingspremie, ICT-premie,...) zijn een belangrijke tool in de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	86%
45) Een vernieuwd wetgevend kader (accreditering, normering) is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	85%
41b) Monodisciplinaire beroepsorganisaties (huisartsenkringen, apotheker-, kine-, verpleegkundigenverenigingen) zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	79%
38) Bestaande multidisciplinaire overlegstructuren (SEL, LMN, LOGO,...) zijn van essentieel belang in het verbeteren van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	75%

Beleid en middelen: belemmerende factoren	
04) Kwaliteitsvolle zorg, voor mensen met een chronische aandoening, heeft vaak nood aan een integratie van zorg en welzijn (van medische en sociale problematiek) (ter informatie: Innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	92%
91) De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners	87%
87) Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed (gebrek aan incentives voor individuele zorgverleners).	86%
98) Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.	86%
81) Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.	83%
86) De zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties.	83%
90) Organisatorische en financiële problemen hebben een directe invloed op de kwaliteit van de mantelzorg.	83%

96) Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen overheid en de basis van de zorgverleners/ patiënten.	83%
08) De Belgische 'vertaling' van het CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor de zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren.	81%
95) Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden	78%
83) Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.	76%
92) Opleidingen (voor de verschillende disciplines) zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg, multidisciplinaire samenwerking en zelfzorg door patiënten.	76%
05) Het Angelsaksische Chronic Care Model (CCM) kan niet zomaar in het Vlaamse gezondheidszorgmodel (met een andere infrastructuur, andere waarden, andere processen) gedropt worden. Zo is er bijvoorbeeld een andere interpretatie van de begrippen 'team' en 'teamwork' (ter informatie: Innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	75%
82) De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau (SEL, LMN, LOGO) is een belangrijk knelpunt dat kwaliteitsverbetering in de chronische zorg in de weg staat.	75%
93) Het huidige accrediteringsysteem draagt onvoldoende bij tot kwaliteitsverbetering in chronische zorg.	75%
84) De oplopende kosten van bijscholingen en ICT-systemen zijn een probleem voor zorgverleners.	74%
16) Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is.	73%
85) Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op.	72%

BEVORDERENDE FACTOREN

1. Organisatie

- Een vernieuwd wetgevend kader is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg. (45)
- Monodisciplinaire beroepsorganisaties zijn een meerwaarde voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg. (41b)
- De bestaande multidisciplinaire overlegstructuren (SEL, LMN,...) zijn van essentieel belang bij het verbeteren van de kwaliteit van multidisciplinaire zorg. (38)

2. Geld en financiering

- Adequate terugbetaling van diensten is noodzakelijk ter bevordering van de toegankelijkheid van de zorg. (49)
- Specifieke financiële incentives (bijscholingspremie, ICT-premie,) zijn een belangrijke tool in de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg. (44)

BELEMMERENDE FACTOREN

1. Organisatie

A. *Betreffende de integratie van welzijn en zorg:*

- Kwaliteitsvolle chronische zorg heeft nood aan een integratie van welzijn en zorg (van medische en sociale problematiek). (04)
- Bij chronische zorg vormen welzijn en zorg 1 geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden. (81)

B. *Betreffende de administratieve overlast:*

- De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners. (91)
- Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op. (85)
- De Belgische vertaling van CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren. (08)

C. *Betreffende het mesoniveau:*

- De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau is een belangrijk knelpunt dat de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg in de weg staat. (82)

D. *Betreffende de samenwerking met ziekenhuizen:*

- Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden. (95)
- Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen de eerste lijn en ziekenhuizen. (83)

E. *Betreffende wetgeving:*

- Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk toepasbaar is. (16)

2. Proces van verandering

- Het Angelsaksische CCM kan niet zomaar in een Vlaams gezondheidszorgmodel gedropt worden (zo is er een verschil in interpretatie van de begrippen 'team' en 'teamwork'). (05)
- Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen. (98)
- Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen de overheid en de basis van de zorgverleners/patiënten. (96)

3. Opleiding en educatie

- Opleidingen (voor de verschillende disciplines) zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg, multidisciplinaire samenwerking en zelfzorg door patiënten. (92)
- Het huidige accrediteringsysteem draagt onvoldoende bij tot kwaliteitsverbetering in chronische zorg. (93)

4. Geld en financiering

- Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed. Er is een gebrek aan juiste incentives voor de individuele zorgverleners. (87)
- Zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties. (86)
- Het huidige accrediteringsysteem draagt onvoldoende bij tot de kwaliteitsverbetering van chronische zorg. (93)
- De oplopende kosten van bijscholing en ICT-systemen zijn een probleem voor zorgverleners. (84)
- Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op. (85)
- Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn er belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk, zowel bij de zorgverleners als bij de overheid. (12)
- ICT-tools (sociale kaart,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden. (15)
- De oplopende kosten van ICT zijn een probleem voor zorgverleners (opleidingen voor ICT kosten tijd en geld). (84)

BESPREKING EN INTERPRETATIE RESULTATEN PILOOTPROJECTEN

Dit project in 16 pilootregio's, waar meer dan 1300 zorgverleners bij betrokken werden, heeft elementen opgeleverd voor een roadmap waar toekomstige implementatie rekening mee moet houden, zowel wat de knelpunten betreft, als de sterke punten waarop verder gebouwd kan worden. Onze analyse heeft ook geprobeerd om in de veelheid van items reliëf aan te brengen tussen aandachtspunten en majeure knelpunten.¹⁶

De resultaten van onze bevraging zijn al bij al hoopvol. Ondanks het feit dat de implementatie van een nieuw zorgmodel voor chronische zorg nog in de startblokken staat, zijn er vele items die positieve reacties weergeven. De zorgverleners staan positief tegenover het feit dat er iets gaat veranderen.

DE BASISVOORWAARDEN VOOR POSITIEVE VERANDERINGEN ZIJN AANWEZIG

Verandering moet als een dynamisch proces gezien worden dat in fases verloopt en onderhevig is aan inertie. Vele factoren kunnen leiden tot het falen of slagen van de implementatie en één enkele factor kan al voldoende zijn om het plan te doen mislukken. Het is dan ook belangrijk dat bij implementatie rekening gehouden wordt met de sterkte-zwakteanalyse die is uitgevoerd.¹⁶

Uit de internationale literatuur over chronische zorg blijkt dat we moeten evolueren van:¹⁷

- 'care' naar 'share', of anders gesteld, het delen van de zorg;
- van het ondersteunen naar het empoweren van patiënten;
- van exclusieve betaling per prestatie naar een systeem dat ook de kwaliteit van geleverde prestaties door zorgverleners beloont.

Het is niet voldoende dat alles enkel wordt begrepen. Uiteindelijk zal men moeten overgaan tot implementatie, dus van 'understand' naar 'implement'. Er moet ook een evolutie komen van 'transact' naar 'transform'. 'Transact' betekent dat bestaande zaken beter gedaan moeten worden, terwijl 'transform' staat voor het uitvoeren van nieuwe zaken.

Figuur 11: CCM: vijf velden om te evolueren van de huidige situatie naar een kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg.

Care	▼	Share
Support	▼	Empower
Pay	▼	Incentivise
Understand	▼	Implement
Transact	▼	Transform

Uit de resultaten van de pilootprojecten blijkt dat de deelnemende zorgverleners zich van de noodzaak van deze evoluties, deze mind-shift, bewust zijn. Bij de hoofding 'pluspunten' van de resultaten vindt u telkens verscheidene items die toepassingen zijn van een van deze vijf velden van verandering. De zorgverleners zijn enthousiast over verschillende aspecten die reeds veranderd zijn. De zorgverleners hebben aandacht voor het **proces van verandering**. Bij de resultaten van elke pijler geven zij items aan welke factoren de veranderingen faciliteren of eerder hinderen.

De bevraging heeft ook aangetoond dat er nog vele hinderlijke of belemmerende factoren zijn waarmee rekening gehouden moet worden.

BELEMMERENDE FACTOREN

GEBREK AAN KENNIS EN ONDUIDELIJKHEID

Een eerste knelpunt dat naar voor komt uit deze bevraging is een *gebrek aan kennis*.

De zorgverleners geven dat zelf aan met betrekking tot:

- het CCM: de meeste deelnemers kenden het CCM niet goed tot dit naar aanleiding van de pilootprojecten uitgelegd werd.
- het management van chronische zorg: wat is ieders taak en welke tools kan men daarbij gebruiken (ICT, sociale kaart, LMN, SEL, ...).
- sommige specifieke nieuwe functies en zorgberoepen.
- de basisprincipes van multidisciplinaire samenwerking: werken met zorgnoden, zorgplan en zorgdoelen, het maken van taakafspraken. De plaats en de voordelen van een multidisciplinair overleg.
- zorgdoelen: chronische zorg is werken met targets.
- de basisprincipes van EBM: evidence based medicine en het nut en het gebruik van de CEBAM/practicenet.
- ICT-kennis en vele nieuwe tools die multidisciplinaire chronische zorg mogelijk maken (zoals Vitalink, SUMEHR,...) zijn een noodzaak om de eerste lijn in de cockpit van de zorg te plaatsen.

Een tweede knelpunt dat naar voor komt uit deze bevraging, is *onduidelijkheid* bij zorgverleners over:

- de begrippen i.v.m. chronische zorg (bv. case-manager).
- taakafspraken tussen zorgverleners onderling, tussen de eerste en de tweede lijn.
- de structuren in het mesoniveau.
- hun taak bij patiënt empowerment.
- de competenties van de andere zorgberoepen.
- het delen van gegevens via ICT-tools: wie mag wat?

OPLEIDING EN NAVORMING

Bovengenoemde knelpunten kunnen deels opgelost worden door *opleiding en navorming*. De zorgverleners geven aan dat ze een aangepaste vorming nodig hebben over zorgprocessen, multidisciplinair samenwerken, besliskunde, het correct ICT-gebruik,... Zij geven tevens aan dat ze zelf de *knowhow* niet hebben om kwaliteitsvolle multidisciplinaire navorming te organiseren. Ze willen hiervoor professionele ondersteuning.

COMMUNICATIE

Een ander deel van de oplossing ligt in veelvuldige en eenduidige communicatie, via alle mogelijke kanalen, naar zorgverleners en patiënten. Veel communicatie kan via performante ICT verlopen. Maar toch blijft interpersoonlijk contact tussen zorgverleners onderling ook belangrijk. Men is wel bezorgd over de nodige tijdsinvestering. En hebben zorgverleners en patiënten de nodige vaardigheden voor een doelgerichte communicatie?

SILODENKEN

Een vierde knelpunt is het silodenken. In onze bevragen blijkt dat men zich daar wel van bewust is. En men geeft ook voorbeelden van initiatieven om dit silodenken te doorbreken: meer intensief in team werken, navorming met verschillende disciplines samen,...

ICT

Van ICT-toepassingen voor kwaliteitsverbetering van chronische zorg hebben zorgverleners hoge verwachtingen. Maar men vindt de huidige beschikbare tools niet betrouwbaar en performant genoeg. Tevens is er een grote discrepantie in de beschikbaarheid van ICT tussen de verschillende beroepsgroepen.

HUIDIGE GEZONDHEIDSORGANISATIE

Men vindt dat de huidige gezondheidszorgorganisatie niet geschikt is voor het bereiken van kwalitatieve multidisciplinaire chronische zorg. Volgende voorbeelden worden aangehaald: administratieve overlast, de privacywetgeving, de samenwerking met ziekenhuizen, de versnipperde organisatie van het mesoniveau. De integratie van zorg en welzijn, van de medische en de sociale context, is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsvolle chronische zorg.

Het zorgcontinuüm, zeker i.f.v. transmurale zorg, is met de huidige zorgorganisatie niet te verwezenlijken. Nochtans vinden de deelnemende zorgverleners dit zorgcontinuüm een belangrijke vorm van kwaliteitsverbetering.

FUNCTIES EN STRUCTUREN IN HET MESONIVEAU

Tijdens de netwerkdag werd gediscussieerd over het evenwicht tussen de veranderingen in de huisartsenpraktijk en de ondersteuning van het zorgteam door de structuren in het mesoniveau. Over dit evenwicht staat niets in de resultaten van de bevraging. Er is wel consensus over het feit dat de structuren op het mesoniveau onontbeerlijk zijn voor kwalitatieve multidisciplinaire chronische zorg en dat deze structuren een belangrijke rol spelen in de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.

Er is duidelijk nood aan monodisciplinaire beroepsorganisaties: zowel om in het mesoniveau vlotter op elkaar te kunnen afstemmen, als voor de beroepsgroepen zelf. Afwezigheid van een monodisciplinaire beroepsorganisatie zorgt voor een verminderde bereikbaarheid van de

individuele zorgverleners en een verminderde betrokkenheid van de beroepsbeoefenaars. Door zich te organiseren kunnen zij intern hun eigen positie t.o.v. de veranderingen in het zorglandschap bespreken en in overleg met andere beroepsgroepen meer gedragen standpunten innemen. Tijdsinvestering van de zorgverleners die zich hiertoe engageren blijkt een struikelsteen te zijn. Financiële ondersteuning van de professionele organisaties is daarbij wenselijk.

INCENTIVES, GELD EN FINANCIERING

Ten slotte reflecteren de zorgverleners over geld en financiering.

Ze merken op dat de huidige financiering per prestatie alleen onvoldoende geschikt is voor kwalitatieve chronische zorg (o.a. overlegmomenten zijn te beperkt vergoed of soms ook helemaal niet vergoed). Zij stellen wijzigingen voor in de accreditering, financiële incentives voor samenwerken en opleiding.

Zij merken op dat het volgen van navorming, zowel i.v.m. chronische zorg als voor ICT-toepassingen, voor zorgverleners zeer kostelijk zijn en wensen daar een vergoeding voor.

Ook de aanschaf van performante hard- en software is voor zorgverleners duur.

De continue input en update in ICT en softwareprogramma's zoals de sociale kaart en e-zorgplan vraagt van de overheid een flinke, maar rendabele, investering.

De financiering van de structuren in het mesoniveau moet voldoende zijn om een adequate ondersteuning van de zorgteams en uitwerking van samenwerking in de zorgregio op een kwaliteitsvolle wijze te kunnen garanderen.

HOE KAN DIT ALLES CONCREET TOEGEPAST WORDEN?

IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Netwerken rond de huisartsenpraktijk worden een zeer belangrijk element in de ontwikkeling van een chronisch zorgmodel. Huisartsenpraktijken zullen het silodenken automatisch doorbreken. Op termijn zullen ze zich omvormen door het werken in teamverband, het in gebruik nemen van moderne informaticamiddelen en het invoeren van geplande chronische en preventieve zorg voor de praktijkpopulatie. De kwaliteitsverbetering van de chronische zorg zal des te groter zijn naarmate de huisarts kan samenwerken met een ondersteunend secretariaat, een chronische zorgverpleegkundige en eventueel ook een praktijkmanager.

IN HET MESONIVEAU

Er is nood aan een uitklaring van de rollen en taken waarbij overlap vermeden wordt. Er is eveneens nood aan een afstemming van leiding. Dit alles kan leiden tot zinvolle fusies op mesoniveau. Succesvolle werkwijzen mogen niet verloren gaan; elke regio heeft zijn eigen sterktes en deze variabiliteit blijft best bewaard.

VERBETERING VAN COMPETENTIES

Nieuwe competenties moeten ontwikkeld worden bij zowel hulpverlener als patiënt. De patiënt moet ook meer verantwoordelijkheid opnemen en participeren in het zorgproces. Responsabilisering van de hulpverlener is het volgende punt. Dit kan door performantie-indicatoren op proces- en resultaatsniveau op te stellen, regelmatige feedback, benchmarking, peer reviews en navormingen.

STERKTES EN ZWAKTES VAN DIT PROJECT

De belangrijkste sterkte van deze studie ligt in de zeer brede bevraging van de zorgverleners die werkzaam zijn in de eerste lijn. Dit proces heeft niet alleen een grote hoeveelheid informatie opgeleverd. Het heeft in de pilootregio's ook een dynamiek op gang gebracht van reflectie en discussie over de noodzakelijke omslag naar een chronisch zorgmodel.

We kunnen dit project dan ook zien als een vorm van actieonderzoek.

De belangrijkste zwakte van de studie bestaat in het feit dat enkel de percepties van de zorgverleners bevestigd werden. Maar, zoals opgeworpen in de bevraging en erkend tijdens de validatie, vertrekken zorgverleners vaak van het 'hier en nu' in hun eigen praktijkvoering en hebben onvoldoende zicht op het bredere plaatje van gezondheidszorg en de maatschappelijk context.

De diversiteit van de zorgverleners wordt ook weerspiegeld in de diversiteit in de resultaten. De resultaten leveren allesbehalve een zwart-witverhaal op. Meerdere items in de bevraging worden soms ingedeeld als sterkte en elders als zwakte. Voor diverse items waren de meningen tegengesteld of werden andere klemtonen gelegd al naargelang de persoon of beroepsgroep. Om deze veelheid aan genuanceerde informatie bevattelijk te verwerken tot een bruikbaar document werd een proces van experttoetsing en vervolgens validering gebruikt.

Zo kon een bevattelijke lijst van gepercipieerde sterktes en zwaktes opgesteld worden, maar ging noodzakelijkerwijze ook een deel van de informatie en de nuancering verloren.

Ook de individuele stellingen van de deelnemers in de pilootregio's worden hier niet letterlijk weergegeven. Deze zijn echter consulteerbaar in de bijlagen.

Andere elementen waarmee rekening gehouden moet worden, is dat de patiënten niet bevestigd werden in deze studie. De pijler 'community' werd niet opgenomen. Er werd een bepaalde methodiek gevolgd, waardoor bepaalde quotes niet behouden werden terwijl deze in bepaalde regio's wel als belangrijk ondervonden werden.

Tot slot was er veel vrijwilligerswerk in dit project wat een bijzondere extra inspanning vroeg van alle medewerkers. Dit project is eigenlijk te belangrijk om uit te voeren als vrijwilligerswerk.

Ook de korte tijdspanne om het project uit te voeren, en de sterke tijdsdruk die hierdoor ontstond, zijn elementen waarmee in de toekomst rekening gehouden moet worden.

AANBEVELINGEN AAN DE MINISTER

Uit de resultaten van de pilootprojecten blijkt dat verscheidene knelpunten het proces van verandering tegenhouden of de kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg in de weg staan.

Om deze knelpunten op te vangen herkennen we volgende aanbevelingen.

AANBEVELING 1: PATIËNT EMPOWERMENT – PATIËNT CENTRAAL

Patiënten moeten heel hun leven verder met hun chronische aandoening. De graduele impact van deze aandoeningen op fysiek, psychisch en sociaal welbehagen varieert, maar kan enorm zijn. In veel gevallen is een aanpassing van de levensstijl noodzakelijk om de evolutie van de ziekte af te remmen. Dat vraagt een bijzondere en doorgedreven inspanning, levenslang. Daarnaast moet de patiënt (ook vaak levenslang) een serie geneesmiddelen innemen, soms met vervelende nevenwerkingen, wat van de patiënt een alertheid en een actieve medewerking vraagt. Dat wil ook zeggen dat de patiënt zijn eigen ziekte moet beheren ('self-management'). De patiënt moet, eens de diagnose gesteld is, een rouwproces over zijn 'gezond leven' doormaken om de aandoening of ziekte een 'plaats' te geven in zijn bestaan. Daarnaast moet de patiënt ook nog eens aanvaarden dat hij een actieve rol speelt en dat oplossingen niet allemaal van buitenaf (medicatie, medische interventie) komen. Dit alles zorgt ervoor dat professionals hem moeten ondersteunen in zijn rol als 'zelfbeheerder'.

Zorgverleners kunnen niet anders dan de patiënt zien als de 'teamkapitein' die de leiding heeft over zijn eigen lot. Zorgverleners hebben als taak de patiënt bij te staan in zijn rol, zowel technisch als motivationeel ('empowerment'). Maar net deze paradigmashift is nog helemaal niet gemaakt bij zorgverleners.

De overheid heeft een belangrijke taak om, zowel voor patiënten als zorgverleners, deze paradigmashift te bevorderen, te promoten en te ondersteunen.

AANBEVELING 2: BOUWEN OP DE STERKE PUNTEN DIE REEDS BESTAAN

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (via art. 107) toont aan hoe de laagcomplexiteit van gezondheidszorg uit de ziekenhuizen gehaald kan worden en meer in de gemeenschap geplaatst. De zorgtrajecten hebben voor het eerst in Vlaanderen/België getoond dat chronische zorg gebaseerd op de pijlers van het CCM, ook leidt tot een betere kwaliteit van zorg.

De ondersteuning van de zorgtrajecten door middel van de regionale Lokale Multidisciplinaire Netwerken toont de nood en het succes van een regionale structuur voor implementatie bij de individuele zorgverleners. De LMN's hebben ons leren werken met complexe zorg in casu diabetes en CNI, waar multidisciplinair samenwerken met gemeenschappelijke doelen en ondersteuning van de patiënt (via educatie) de hoofdmoot van het concept vormen. De uitbreiding naar diabetes totaal als model voor een generisch zorgpad voor chronische aandoeningen ligt in het verlengde daarvan.

De SEL's hebben de eerste lijn vorm gegeven door onder ander via de sociale kaart, het multidisciplinair overleg, communicatie tussen de verschillende eerstelijnsverwerkers te bevorderen. Elkaar kennen en vinden is de eerste stap om teams te vormen, om afspraken te maken,... Het concept van de zorgregio's sluit hierbij duidelijk aan. Lokale actoren moeten op kleinstedelijk niveau samengebracht worden om lokaal concepten aangepast te implementeren. Een bottom-up werking lijkt de aangewezen weg. Er is wel consensus over het feit dat de structuren op het mesoniveau onontbeerlijk zijn om een kwalitatieve

multidisciplinaire chronische zorg waar te maken. Deze structuren spelen een belangrijke rol in de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.

AANBEVELING 3: EEN INTEGRATED CARE MODEL VOOR VLAANDEREN LIJKT EEN NOODZAAK

Community oriented' – gemeenschapsgericht:

- de zorg voor mensen wordt zo dicht als mogelijk bij hun thuis opgenomen in de gemeenschap waar ze wonen en is erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten leven in de best mogelijke omstandigheden;
- gezonde gemeenschappen en 'caring communities'.

Maximale integratie van diensten:

- horizontale integratie: tussen gezondheid en welzijn. Silodenken blijkt een cruciaal knelpunt te zijn in het proces van verandering naar kwalitatieve multidisciplinaire zorg. Voorzie in een strategie om dit silodenken bij zorgverleners te kunnen doorbreken;
- verticale integratie: tussen de eerste, tweede en derde lijn;
- integratie binnen één sector, bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg;
- integratie tussen preventieve en curatieve diensten.

AANBEVELING 4: ZORGREGIO'S ZIJN MEER DAN EEN GEOGRAFISCH GEGEVEN

Er is veel discussie rond grootstedelijk en kleinstedelijk omdat men uitgaat van bestaande structuren. In de huidige grote structuren zien we een afwezigheid of zeer beperkte deelname van de zelfstandige, meestal minder georganiseerde disciplines. Op kleinstedelijk (niveau 100 000) gebied merken we via de pilootprojecten dat het samenbrengen van de disciplines op zeer korte tijd een nood en een wil aan samenwerking, erkenning, organisatie duidelijk maakt.

Heel vlug is, door het bekijken van de huidige werking via de bril van het chronic care model, een enorme lijst aan sterktes en zwaktes beschikbaar geworden. Hieruit blijkt duidelijk dat de geografische afbakening van de regio's slechts één element is in de globale omslag van ons gezondheidszorgsysteem. In die afgebakende regio's moeten immers ook de juiste structuren en processen ontwikkeld worden om chronische zorg correct toe te passen.

AANBEVELING 5: STRUCTURELE KNELPUNTEN

Anno 2015 bestaan er een reeks structurele knelpunten die een kwalitatief hoogstaande chronische gezondheidszorg belemmeren. Die knelpunten moeten opgelost worden opdat een paradigmashift bij de zorgverleners en patiënten mogelijk kan worden.

De allerbelangrijkste knelpunten zijn:

- een onaangepaste financiering van de zorgverleners;
- onaangepaste structuren op micro- en mesoniveau.

In de eerste lijn zitten zorgverleners vast in hun eigen 'silo' op microniveau. Multidisciplinair teamwork is zelden een feit. Overleg gebeurt slechts ad hoc bij patiënten. Ook het business model in de eerste lijn is te zwak zowel wat financiën, management als diversiteit in competenties betreft. Daardoor worden essentiële taken niet of nauwelijks opgenomen, zoals planmatige opvolging van preventieve en chronische zorg en het uitvoeren van essentiële technische acts zoals spirometrie bij COPD, voetonderzoek enzoverder.

Op mesoniveau moet er een stroomlijning komen van de structuren die de zorgverleners ondersteunen. Enerzijds is er versnippering en overlapping. De veelheid aan structuren kan eenvoudiger. Er is nood aan een uitklaring van de rollen en taken waarbij overlap vermeden wordt. Er is eveneens nood aan een afstemming van leiding. Dit alles kan leiden tot zinvolle fusies op mesoniveau. Succesvolle werkwijzen mogen niet verloren gaan; elke regio heeft zijn eigen sterktes en deze variabiliteit blijft best bewaard. Deze variabiliteit moet ook bestaan op microniveau en patiëntniveau. De complexiteit op het terrein is te omvangrijk om alles in één rigide organisatievorm te willen gieten.

Het mesoniveau heeft de specifieke taak de interactie tussen het zorgteam en de patiënt te ondersteunen. Dit mesoniveau dient dus met voldoende middelen en personeel uitgebouwd te worden. De zorgverleners vinden adequate ondersteuning vanuit het mesoniveau onontbeerlijk voor de evolutie naar een kwalitatieve multidisciplinaire chronische zorg.

De nieuwe functies in het mesoniveau moeten in een complementair evenwicht uitgebouwd worden met de nieuwe functies en praktijkorganisatie in het microniveau.

Anderzijds zijn er ook nog tekorten: onvoldoende gestructureerde zelfstandige disciplines en onvoldoende of beperkte lokale verenigingen voor psychologen, kinesisten,...

Een bestaan van overkoepelende erkende partners zorgt ervoor dat afspraken eenvoudiger kunnen gemaakt worden. In vele structuren is vrijwilligerswerk / gebrek aan vergoeding (subsidiëringen) een drempel. Monodisciplinaire beroepsorganisaties moeten hun duidelijke rol krijgen binnen de organisatie van het mesoniveau: dit impliceert dat men beroepsgroepen moet stimuleren om deze beroepsorganisaties op te richten. De overheid dient hierbij in een duidelijk juridische context en een adequate financiering te voorzien.

Er is geen structureel teamwork tussen de eerste en de tweede lijn: de nieuwe structuren moeten transmuraal overkoepelend zijn en zich niet beperken tot de eerste lijn. (zie verder)

AANBEVELING 6: DRAAGVLAK

In de gezondheidszorg moeten diepgaande veranderingen een voldoende draagvlak hebben bij de patiënten en de zorgverleners. De overheid moet erover waken dit draagvlak zorgvuldig op te bouwen. Bij de voorgestelde omslag moet dus rekening gehouden worden met de ideeën, bekommernissen en verwachtingen van de zorgverleners in het veld. Dit vereist een aanpak die niet louter administratief is, maar een daadwerkelijke campagne die enthousiasmerend werkt. Uiteraard is de overheid slechts één partner in dit proces naast andere stakeholders en organisaties, maar het is wel een onmisbare partner.

AANBEVELING 7: IMPLEMENTATIEPLAN

De zorgverleners in het veld voelen aan dat verandering zich opdringt maar er is lang geen unanimititeit over de wijze waarop die veranderingen doorgevoerd moeten worden. Een goed implementatieplan houdt rekening met de diversiteit en verschillen bij de zorgverleners. Dit plan van aanpak moet ook rekening houden met een zekere inertie en zelfs weerstand tegen verandering, zowel bij de zorgverleners als bij de patiënten. Bovendien kunnen die inertie en weerstand zich in verschillende beroepsgroepen uiten onder verschillende vormen en in verschillende chronologische fases.

AANBEVELING 8: RAAMKADER

De overheid moet een raamkader uittekenen dat de omslag van het gezondheidszorgsysteem mogelijk maakt. Dat raamkader moet de oriëntaties, prioriteiten en doelstellingen nationaal (federaal en gewestelijk) voor de komende jaren vastlegt. Heel belangrijk daarbij is dat ook de overheden hun silo's doorbreken en samenwerken op de diverse niveaus.

AANBEVELING 9: ONTWIKKELEN EN AANSTUREN VAN DE ZORGREGIO'S

De overheid heeft ook een taak in het ontwikkelen en aansturen van de zorgregio's, waar naar buitenlands voorbeeld zorgraden gevormd worden die alle stakeholders groeperen van zowel de eerste, de tweede als derde lijn. Ze moeten de bevoegdheden en de middelen krijgen om de zorg in de regio daadwerkelijk te plannen en te evalueren. Ze moeten de aanwezige data in de regio kunnen centraliseren om een regionaal gezondheidsbeleid te kunnen voeren. Dit hoeven geen nieuwe organen te worden. Ze kunnen gevormd worden door een herstructurering en rationalisering van de overvloed aan organen die nu al bestaan.

AANBEVELING 10: INCENTIVES EN HEFBOMEN ONTWIKKELEN OM DE BESTAANDE KNELPUNTEN AAN TE PAKKEN

Ten slotte moet de overheid de nodige incentives en hefbomen ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de zorgverleners de juiste richting uit gaan:

- Financieel: er moet een herziening van de financiering komen en intersectorale 'Health in all policies'. Een gebalanceerde mengeling van terugbetaling per prestatie, forfaitbetaling en pay for performance.
- Logistiek: ondersteunen van de multidisciplinaire praktijken met personeel en middelen. Dit kan eventueel conditioneel. Dit wil zeggen: gericht op het invoeren van chronisch zorgmanagement.
- Herdefinieer de taken van de zorgtrajectpromotor: focus die taak exclusief op het begeleiden van de zorgteams in die noodzakelijke omvorming van hun praktijk naar chronisch zorgmanagement.
- Nieuwe competenties moeten ontwikkeld worden bij zowel hulpverlener als patiënt. De patiënt moet ook meer zijn verantwoordelijkheid gaan opnemen en participeren in het zorgproces. Responsabilisering van de hulpverlener is het volgende punt. Dit kan door

performantie-indicatoren op proces- en resultaatsniveau op te stellen, regelmatige feedback, benchmarking, peer reviews en navormingen.

- Er is ook nood aan geïntegreerde ICT-systemen.
- Help de zorgverleners om de knelpunten op het terrein op te lossen:
 - opleiding en navorming: werk knowhow en expertise uit voor de specifieke educatieve benadering van de verschillende aspecten van integrale chronische zorg. Voorzie hierin professionele ondersteuning aan die personen of organisaties van wie u verwacht dat zij deze opleiding en navorming effectief moeten uitvoeren. Hou rekening met het feit dat zorgverleners deze opleiding kostelijk en tijdrovend vinden.
 - gebrek aan kennis en onduidelijkheid van de begrippen: werk een duidelijk, allesomvattend basisdocument uit als referentietekst waarin alle begrippen gedefinieerd worden, en de samenhang van alle onderdelen van integrale chronische zorg goed aangetoond worden. Hou dit leesbaar en praktisch. Verwijs in alle communicatie naar dit basisdocument. Geef specifieke aandacht aan de interactie tussen de empowerde patiënt en het goed voorbereide zorgteam: dit is echt de hoeksteen van de vernieuwing.
 - ICT: zorgverleners vinden het gebruik van performante ICT steeds meer een onvoorwaardelijke ontwikkeling naar kwalitatieve integrale chronische zorg. De ICT mag hierbij geen bijkomende inspanningen met zich meebrengen (dus het 'once only' principe nastreven). Bij verdere ontwikkeling moet rekening gehouden worden met de interoperabiliteit tussen alle zorgverleners en tussen eerste en tweede lijn. Hou ook rekening met de grote discrepantie in de huidige beschikbaarheid van ICT bij de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn.
 - communicatie: let in uw benadering van integrale chronische zorg op het belang van veelvuldige, eenduidige communicatie. Zorgverleners verwachten voor communicatie veel van performante ICT-tools (communicatie: zowel zorgverleners onderling, van zorgverlener naar patiënt, van overheid naar zorgverleners of patiënten). Maar er moet ook een structurele mogelijkheid voorzien worden voor direct interpersoonlijk contact tussen zorgverleners.

AANBEVELING 11: CONSTRUCTIEVE SAMENWERKING

Het is duidelijk dat dit niet alleen een taak en bevoegdheid is voor de Vlaamse Regering. Een constructieve samenwerking met de federale overheid en de andere gewestregeringen is een absolute noodzaak.

AANBEVELINGEN AAN DE ZORGVERLENERS

AANBEVELING 1: PLAATS DE PATIËNT CENTRAAL IN UW DENKEN EN HANDELEN

Het concept integrale zorg toont het belang van de factor welzijn voor de gezondheid en kan via de zorgregio's vermoedelijk beter uitgerold worden. Geïntegreerde zorg legt het perspectief en de behoeftes van de patiënt op als organiserend principe van de dienstverlening ter vervanging van de oude aanbod gestuurde modellen van zorgverlening. Geïntegreerde zorg ontwikkelt een gezondheids- en sociale zorg die flexibel, gepersonaliseerd, en naadloos is. In die definitie is het uitgangspunt dat de patiënt de coördinator is van zijn eigen zorg en de drager van zijn eigen gezondheidsinformatie. De diensten voor welzijn en gezondheidszorg moeten mensen in staat stellen om meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en welzijn.

De interactie tussen een empowerde patiënt en het team van zorgverleners vormt de hoeksteen in het concept van integrale zorg. Deze patiënt empowerment plaatst zorgverleners voor meerdere uitdagingen:

- patiënt empowerment is niet alleen voorbehouden voor de overheid, structuren in het mesoniveau, grote zorgorganisaties of patiëntenorganisaties: ook iedere individuele zorgverlener heeft hierin steeds weer opnieuw bij elk patiëntencontact zijn rol.
- bij teamoverleg en onderlinge afspraken tussen zorgverleners zal de participatie van de patiënt steeds meer op de voorgrond staan: wat wil de patiënt, en wat kan hijzelf aan zijn zorg bijdragen?

AANBEVELING 2: UITEINDELIJK IS DE GOEDKOOPSTE PATIËNT 'EEN GEZONDE BURGER'

Gezondheidszorgsystemen met een hoge intrinsieke waarde leggen de nadruk op het gezond houden van mensen. Dit is een doelgerichte benadering in plaats van een benadering gericht op ziekte. Begrippen zoals gezondheidsbevordering, levenshygiëne en kwaliteit van leven moeten een veel belangrijker gewicht in de schaal werpen dan tot nog toe het geval is.

AANBEVELING 3: VERLAAT HET 'EIGEN TERRITORIUM'

Uiteindelijk is niet wie de zorg levert belangrijk, maar wel dat de juiste zorg aan de juiste persoon op het juiste tijdstip geleverd wordt. Het centraal stellen van de noden van de patiënt en in functie daarvan de structuren en processen van zorg bepalen en vervolgens een takenlijst opstellen die daarna toegekend wordt aan de juist geplaatste zorgverleners, laat een rationele en efficiënte organisatie van de zorg toe, waarbij elkeen aan bod zal komen. Deze aanpak vermijdt ook de soms bitsige en stervende terreindiscussie en onnodige concurrentie.

AANBEVELING 4: ZET DE STAP VAN SOLIST NAAR ZORGTEAM

Door de toegenomen complexiteit van zorg is samenwerken in teamverband een noodzaak geworden. Er is noodzaak aan wederkerige ondersteuning en taakherverdeling.

De zorgbehoeften dienen bepaald te worden, een zorgplan dient opgesteld te worden en een zorgteam dient dit te implementeren en bij te sturen. We moeten dus multidisciplinair werken. Meer vraaggestuurd dan aanbodgestuurd.

- Zorgcoördinatie en -coachfunctie moeten bij moeilijkere gevallen opgenomen worden door de best geplaatste persoon (arts is spil medische zorg, niet totale zorg).
- In het team moeten de taken in de zorgprocessen duidelijk omschreven zijn
- Communicatie en duidelijke afspraken zijn nodig (nut van geschreven protocollen), ook transmuraal.
- ICT is een noodzakelijk middel dat beter en eenvoudiger in gebruik moet worden, eventueel via één multidisciplinair platform/dossier.
- Informatiedoorstroming gebeurt op 'need to know' basis .
- Kennis is ook het zorgteam kennen en ermee leren samenwerken:
 - we stappen af van aanbodgestuurd werken naar behoeftegestuurd waarbij subsidiariteit een belangrijke regel is. Concurrentie dient vermeden te worden en via taakhervdeling moet men zo goed mogelijk de zorg voor de patiënt/cliënt organiseren.
 - het is noodzakelijk de zorgbehoeftebepaling van de patiënt vanuit verschillende invalshoeken te bepalen. Een zorgplan kan opgesteld en uitgevoerd worden met gebruik van en respect voor elke expertise, ook die van de patiënt/mantelzorger. Accountability (rekenschap/verantwoordelijkheid) is hier ook belangrijk.
 - Intervisie om zorg en samenwerking beter af te stemmen moet gestimuleerd worden.
 - Communicatie met elkaar moet beter kunnen, niet alleen technisch (ICT) maar ook via het ontwikkelen van vaardigheden.
- Netwerken rond de huisartsenpraktijk worden een zeer belangrijk element in de ontwikkeling van een chronisch zorgmodel. Huisartsenpraktijken zullen het silodenken automatisch doorbreken. Op termijn zullen ze zich omvormen door het werken in teamverband, het in gebruik nemen van moderne informaticamiddelen en het invoeren van geplande chronische en preventieve zorg voor de praktijkpopulatie. De kwaliteitsverbetering van de chronische zorg zal des te groter zijn naarmate de huisarts kan samenwerken met een ondersteunend secretariaat, een chronische zorgverpleegkundige en eventueel ook een praktijkmanager.

AANBEVELING 5: DE AS EERSTE LIJN-TWEEDE LIJN DIENT VERSTERKT TE WORDEN. HOE?

Allereerst door elkaar te ontmoeten in die medische zorgraden per regio en samen de chronische zorg te plannen en te evalueren. Ten tweede, door het gedeeld elektronisch medisch dossier. Ten derde, moeten bottom-up initiatieven en proefprojecten die die transmurale samenwerking ontwikkelen, ondersteund worden.

Voorbeelden:

- de zorgtrajecten;
- type '107'-samenwerking, namelijk het outsourcen naar de eerste lijn van ziekenhuiskrachten en herinvulling van de zorgtaken rond de patiënt;
- creëren van zogenaamde Triple Aim Collaboratives = organisaties en individuen die zich groeperen in één organisatie of netwerk en zich engageren om op een geïntegreerde manier voor een bepaald doelpubliek parallel drie doelstellingen na te streven: 1) betere kwaliteit van het zorgproces voor de patiënt; 2) betere uitkomsten van de zorg; 3) lagere kostprijs.

- ontwikkelen van gemeenschappelijke zorg hubs:
 - de gezondheidszorg heeft nood aan centralisatie, aan een soort zenuwknoppunt;
 - een centraal aanspreekpunt voor de patiënt;
 - een knoppunt / raakvlak die ook de eerste met de tweede lijn verbindt. Plaatsen waar diensten van de eerste lijn en diensten van de tweede lijn elkaar ontmoeten. De zorgregioraad zou in zo'n zorg hub gevestigd kunnen worden, net zoals de huisartsenwachtpost, de educatoren voor chronische patiënten, maar ook '107'-teams, consultatiemogelijkheden voor specialisten, diensten voor welzijn,... Die zorg hubs zouden dan ook innovaties die hun nut bewezen hebben kunnen vestigen, zoals educatie en counseling via telefoon.

AANBEVELING 6: MEER STRUCTUUR IN DE EERSTE LIJN IS NIET ALLEEN EEN ZAAK VAN DE OVERHEID

Zorgverleners hebben er alle belang bij, ook voor de eigen kwaliteit van werk en leven om mee te stappen in dit verhaal. De huidige versnippering en chaos zorgt voor te veel tegenstrijdigheden, gevoelens van onmacht en frustratie. Een open geest en positieve wil tot verandering is een noodzakelijke voorwaarde om onze gezondheidszorg te moderniseren.

Vastere teams in een multidisciplinaire praktijk of netwerk kunnen uitgebouwd worden door bijvoorbeeld patiënten verhoogde tegemoetkomingen te geven aan zorgverleners die verbonden zijn aan de GMD-houdende huisarts. Er bestaat heel wat verzet tegen meer gestructureerde samenwerking. Een open en transparant debat binnen de sector kan duidelijkheid scheppen omtrent de bekommernissen en hoe die tegemoet te komen.

Chronic disease management is anno 2015 nog quasi onbestaande in de eerste lijn, ondanks alle faciliteiten en initiatieven. Ook hier moeten we als zorgverleners durven de vraag stellen wat ons verhindert en hoe we dit euvel kunnen aanpakken. De omslag in de praktijk is pertinent, maar haalbaar. Een aantal 'best practices' bestaan en kunnen hun ervaring delen.

SAMENVATTING

INLEIDING

Deze bevraging bij zestien pilootregio's in Vlaanderen heeft als doel zicht te krijgen op de sterktes en zwaktes van multidisciplinaire chronische zorg in de deelnemende regio's en de percepties van de zorgverleners tegenover die multidisciplinaire chronische zorg.

Met dit project wil Domus Medica bijdragen aan de evolutie naar een kwaliteitsvollere multidisciplinaire chronische zorg in Vlaanderen.

METHODE

Het project verliep in drie fasen:

REGIONALE BEVRAGING

Tijdens een informatievergadering werden de doelstellingen en de methode van het project aan de deelnemende regio's uitgelegd. Tevens werd 'kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg' uitgeklaard, op basis van het Chronic Care Model van Wagner (CCM) en de position paper 'Chronische zorg in België' van het KCE.

De regio's waren vrij in de keuze welk methode zij gebruikten om de informatie te verzamelen. De antwoorden moesten ingestuurd worden via een op voorhand gedeeld sjabloon, gerangschikt per pijler van het Chronic Care Model. Het resultaat van deze bevraging is een lijst met items. In totaal namen meer dan 1300 zorgverleners deel, verspreid over de verschillende disciplines uit zowel de zorg- als welzijnssector. De bevraging leverde een lijst (long list) van 349 belemmerende en 167 bevorderende factoren op. De voorlopige resultaten werden op de netwerkdag van 21 maart 2015 besproken.

METHODOLOGISCHE VERWERKING

De resultaten in de long list werden door een expert getoetst aan de literatuur. Vervolgens werden zij herleid tot een shortlist van 98 belemmerende en 63 bevorderende factoren.

VALIDATIE VAN DE RESULTATEN

De shortlist werd ter validatie teruggekoppeld naar de zorgverleners die deelnamen aan de bevraging; 166 zorgverleners namen deel aan de validatie.

Voor de uiteindelijke interpretatie van de resultaten werden alleen items met een sterke of zeer sterke consensus behouden: dit resulteerde in 63 belemmerende en 39 bevorderende factoren. De resultaten zijn weergegeven per pijler van het Chronic Care Model. Ze zijn geordend volgens de krachtlijnen die uit de resultaten naar voor komen: organisatie van chronische zorg; proces van verandering; opleiding, educatie, multidisciplinaire navorming, informatiebronnen; financiering en incentives.

RESULTATEN

ALGEMENE RESULTATEN

Volgens de deelnemende zorgverleners was er voor de verdere evolutie naar kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg nu reeds voor verschillende aspecten een goede basis. De zorgverleners waren zich bewust van de noodzaak van de evolutie naar een andere vorm van

chronische zorg, de mind-shift. Zij waren positief tegenover het feit dat er iets gaat veranderen. Zij hadden ook aandacht voor het proces van verandering en gaven hierbij aan welke factoren dit proces kunnen faciliteren of eerder hinderen.

De zorgverleners vonden de structuren in het mesoniveau essentieel bij de ondersteuning van de patiënt en het zorgteam.

BELEMMERENDE FACTOREN

De bevraging heeft ook aangetoond dat er nog veel hinderlijke factoren zijn, waarmee men rekening moet houden:

- gebrek aan kennis over het Chronic Care Model en onduidelijkheid over functies, taakafbakening en patiënt empowerment;
- nood aan opleiding en navorming, nood aan knowhow om multidisciplinaire opleiding te organiseren;
- nood aan veelvuldige en eenduidige communicatie;
- silodenken;
- huidige ICT nog niet performant genoeg;
- huidige gezondheidszorgorganisatie is niet geschikt;
- nood aan aanpassing van functies en structuren in het mesoniveau, nood aan monodisciplinaire beroepsorganisaties;
- nood aan adequate financiering en incentives.

AANBEVELINGEN

Uit de resultaten werden een aantal aanbevelingen voor de minister geformuleerd, alsook voor de zorgverleners zelf.

AANBEVELING AAN DE MINISTER

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Aanbeveling 1: stimuleer patiënt empowerment en stel de patiënt centraal in zijn chronische zorg. De overheid heeft een belangrijke taak om, zowel voor patiënten als zorgverleners, een paradigmashift te bevorderen, te promoten en te ondersteunen.- Aanbeveling 2: bouw verder op de sterke punten die reeds bestaan. Lokale actoren moeten op kleinstedelijk niveau samengebracht worden om lokale concepten aangepast te implementeren. Een bottom-up werking lijkt de aangewezen weg. Structuren zijn op het mesoniveau onontbeerlijk om een kwalitatieve multidisciplinaire chronische zorg waar te maken en spelen een belangrijke rol in de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.- Aanbeveling 3: het integrated care model voor Vlaanderen moet gemeenschapsgericht zijn met een maximale integratie van diensten. Een horizontale integratie tussen gezondheid en welzijn is hierbij noodzakelijk. Voorzie in een strategie om silodenken bij zorgverleners te doorbreken. Verticale integratie tussen de eerste, tweede en derde lijn is een bijkomende voorwaarde, maar ook integratie binnen de sectoren of tussen preventieve en curatieve diensten zijn noodzakelijk om het integrated care model in Vlaanderen te realiseren.- Aanbeveling 4: zorgregio's zijn meer dan een geografisch gegeven. Breng disciplines op kleinstedelijk niveau samen die de juiste structuren en processen kunnen |
|---|

ontwikkelen om chronische zorg correct toe te passen. Aanwezigheid van zelfstandige disciplines is hierbij een noodzaak.

- Aanbeveling 5: structurele knelpunten moeten opgelost worden om een paradigmashift bij de zorgverleners en patiënten mogelijk te maken. De allerbelangrijkste knelpunten zijn onaangepaste structuren op micro- en mesoniveau en een onaangepaste financiering van de zorgverleners.
- Aanbeveling 6: bouw voor diepgaande veranderingen een draagvlak op bij patiënten en zorgverleners.
- Aanbeveling 7: werk een implementatieplan uit dat rekening houdt met de diversiteit en verschillen bij de zorgverleners. Dit plan van aanpak moet ook rekening houden met een zekere inertie en zelfs weerstand tegen verandering, zowel bij de zorgverleners als bij de patiënten.
- Aanbeveling 8: teken een raamkader uit dat de omslag van het gezondheidszorgsysteem mogelijk maakt. Heel belangrijk daarbij is dat ook de overheden hun silo's doorbreken en samenwerken op de diverse niveaus.
- Aanbeveling 9: de overheid heeft een taak in het ontwikkelen en aansturen van de zorgregio's. Zorgraden, die alle stakeholders groeperen van zowel de eerste, de tweede als de derde lijn, moeten de bevoegdheden en de middelen krijgen om de zorg in de regio daadwerkelijk te plannen en te evalueren. Ze moeten de aanwezige data in de regio kunnen centraliseren om een regionaal gezondheidsbeleid te kunnen voeren. Dit hoeven geen nieuwe organen te worden. Ze kunnen gevormd worden door een herstructurering en rationalisering van de bestaande organen.
- Aanbeveling 10: ontwikkel de nodige incentives en hefboomen om de bestaande knelpunten aan te pakken, zodat de zorgverleners de juiste richting uit gaan.
- Aanbeveling 11: een constructieve samenwerking met de federale overheid en de andere gewestregeringen is een absolute noodzaak.

AANBEVELINGEN AAN DE ZORGVERLENERS

- Aanbeveling 1: plaats de patiënt centraal in uw denken en handelen. De interactie tussen een empowerde patiënt en het team van zorgverleners vormt de hoeksteen in het concept van integrale zorg.
- Aanbeveling 2: uiteindelijk is de goedkoopste patiënt 'een gezonde burger'. We moeten evolueren van een benadering gericht op ziekte naar een doelgerichte benadering. Begrippen zoals gezondheidsbevordering, levenshygiëne en kwaliteit van leven moeten een veel belangrijker gewicht in de schaal werpen dan tot nog toe het geval is.
- Aanbeveling 3: verlaat het 'eigen territorium'. Niet wie de zorg levert is belangrijk, maar wel dat de juiste zorg aan de juiste persoon op het juiste tijdstip geleverd wordt.

- Aanbeveling 4: zet de stap van solist naar zorgteam. Door de toegenomen complexiteit van zorg is samenwerken in teamverband een noodzaak geworden. We moeten multidisciplinair werken. Meer vraag gestuurd dan aanbod gestuurd.
- Aanbeveling 5: de as eerste lijn-tweede lijn dient versterkt te worden door elkaar te ontmoeten in medische zorgraden per regio waar samen de chronische zorg gepland en geëvalueerd wordt. Maar ook door het gedeeld elektronisch medisch dossier en door het ondersteunen van bottom-up initiatieven en proefprojecten die die transmurale samenwerking ontwikkelen, kan de as eerste lijn-tweede lijn versterkt worden.
- Aanbeveling 6: meer structuur in de eerste lijn is niet alleen een zaak van de overheid. Zorgverleners hebben er alle belang bij, ook voor de eigen kwaliteit van werk en leven om mee te stappen in dit verhaal.

BESLUIT

De deelnemende zorgverleners staan positief tegenover de evolutie naar kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg. Ze geven aan dat er nu reeds vele aspecten goed zijn, en wensen die te behouden of te integreren in het nieuwe zorgmodel.

Tevens geven ze aan dat er nog tal van knelpunten zijn die volgens drie krachtlijnen ingedeeld kunnen worden: 1. aspecten van de organisatie van chronische zorg; 2. aspecten van het proces van verandering; 3. aspecten van kennis, opleiding en educatie, multidisciplinaire navorming en informatiebronnen.

Er is voor zowel de overheid, het mesoniveau als de zorgverleners zelf nog werk aan de winkel, maar de zorgverleners die aan de bevraging hebben deelgenomen, zien de evolutie hoopvol tegemoet.

TABELLEN MET DE RESULTATEN (NA VALIDATIERONDE)

TABEL 1: FACILITATOREN: ZEER STERKE OF STERKE CONSENSUS

1 = Zeer sterke consensus ($\geq 85\%$ van de ondervraagde personen gaat akkoord over helemaal akkoord)

2 = sterke consensus (tussen de 70% en de 85% van de ondervraagden gaat akkoord of helemaal akkoord)

1. Patiënt empowerment	
18) Patiënt empowerment is een pijler in de kwaliteitsverbetering van chronische zorg.	88%
19) Diabeteseducatoren zijn van essentieel belang voor het empoweren van patiënten met type 2 diabetes.	86%
25) De toename van de mondigheid van de patiënten is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire zorg.	75%
2. Zorgprocessen	
20) Het positieve engagement van de zorgverleners is een essentiële troef bij de verbetering van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	99%
36) Een goed functionerend team van professionele zorgverleners, die allemaal dezelfde boodschap zonder tegenstrijdigheden vertellen aan de patiënt, is essentieel opdat de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn zorg zal opnemen.	99%
32) Multidisciplinaire samenkomsten, waarbij zorgverleners elkaar beter leren kennen, verbeteren de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	96%
01b) Palliatieve netwerken zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	95%
34) Interacties tussen zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen bieden een oplossing voor het doorbreken van het 'silodenken' (zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet).	95%
35) De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is een onmisbare troef voor goede zorg.	95%
31) Het uitwisselen van 'good practices' tussen zorgverleners verbetert de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	94%
01a) Gespecialiseerde paramedici in complexe situaties (dementie-, wondzorg-, palliatieve verpleegkundige, diabeteseducatoren en anderen) zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
01d) Het ontslagmanagement uit ziekenhuizen is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
33) Proefprojecten met de verschillende beroepsgroepen samen zijn belangrijk om zorgverleners mee te krijgen in het proces van kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	91%

14) Multidisciplinaire avonden zijn nodig voor bijscholing rond chronische zorg.	90%
01c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	84%
13) Lokaal monodisciplinair overleg is nodig om interactief van elkaar te leren over chronische zorg.	82%
41h) Nieuwe functies en zorgberoepen: gespecialiseerde verpleegkundige voor complexe zorgsituaties zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	72%
41k) Nieuwe functies en zorgberoepen: praktijkverpleegkundige zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	70%
3. Klinische informatiesystemen	
48) Goedwerkende ICT is een basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle en efficiënte zorg.	91%
01e) Het gedeeld farmaceutisch dossier is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	90%
41f) Het GMD als instrument voor de vaste referentie-huisarts is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
02) De sociale kaart is een werkinstrument voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	86%
04) De opleiding en navorming voor ICT en softwarepakketten zijn essentieel voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire zorg.	84%
07) Technologische evoluties (e-mail, digitaal afsprakenbeheer,...) zijn een essentiële pijler voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	84%
03) Het project 'éénlijn.be' is een belangrijke facilitator om de innovatie in ICT-applicaties te ondersteunen.	78%
05) De nieuwe software pakketten met hun specifiek ingebouwde tools zorgen voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
06) E-Health is een conceptueel sterke ICT-innovatie voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41e) De website e-Health is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	73%

4. Klinische besluitvorming	
41d) Richtlijnen zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
47) De verscheidene vormen van feedback (LOK, 1 op 1 intervisie, praktijkcoaching, voorschrijfprofielen Riziv,...) dragen bij tot de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.	83%
46) Kwaliteitshandboeken in bepaalde disciplines (bijvoorbeeld: verpleegkunde) zijn essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit chronische zorg.	78%
08) De kwaliteitsindicatoren en de methodologie ter bevordering van de kwaliteit (normering en protocollering) bevorderen het evidence based werken.	75%
10) CEBAM (meer info: www.cebam.be) is van essentieel belang ter bevordering van evidence based zorg.	72%
5. Beleid en middelen	
49) Adequate terugbetaling van diensten is noodzakelijk ter bevordering van de toegankelijkheid van de zorg.	96%
44) Specifieke financiële incentives (bijscholingspremie, ICT-premie,..) zijn een belangrijke tool in de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	86%
45) Een vernieuwd wetgevend kader (accreditering, normering) is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	85%
41b) Monodisciplinaire beroepsorganisaties (huisartsenkringen, apotheker-, kine-, verpleegkundigenverenigingen) zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	79%
38) Bestaande multidisciplinaire overlegstructuren (SEL, LMN, LOGO,...) zijn van essentieel belang in het verbeteren van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	75%

TABEL 2: BARRIERES: STERKE OF ZEER STERKE CONSENSUS

1. Patiënt empowerment	
70) Mantelzorgers hebben een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	98%
71) De sociale context heeft een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	97%
69) De patiënt loopt verloren in het overaanbod van informatie (o.a. Google).	95%
33) Het concept 'patiënt empowerment' is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	78%
66) Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van patiënt empowerment.	78%
34) Bij patiënt empowerment is het onduidelijk wie welke taak opneemt.	75%
35) Nadruk op gezondheidsbevordering (in plaats van ziektebestrijding) is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	73%
2. Zorgprocessen	
06) Teamwork betekent meer dan coördinatie en elektronische communicatie.	94%
67) In de zorgverlening voor patiënten moet worden rekening gehouden met de weerslag van de sociale context (bv. de kennis, gedrag en attitudes van de mantelzorgers).	93%
02) Patiënt centered care is essentieel bij chronische zorg (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	92%
10) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: de competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende afgebakend, noch gekend.	87%
78) Wat continuïteit van zorg betreft, is er een probleem met de naadloze (seamless) overgang tussen zorg in de eerste lijn en ziekenhuiszorg en omgekeerd.	87%
75) Er is een gebrek aan duidelijkheid rond het concept 'case-management' (voor welke patiënten? nieuwe functie of gewoon een zorgverlener uit het zorgteam?).	86%
52) De eerste lijn kent onvoldoende de dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en omgekeerd.	84%
09) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: het nut van nieuwe functies wordt niet altijd erkend door de gevestigde beroepsgroepen.	83%
50) Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet (silo-effect) .	83%
38) De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart, LMN, SEL,...).	82%

62) Vernieuwing en concepten beperken zich nog te veel tot de eigen lijn (silo-effect).	81%
72) Het silo-effect, dit is de scheiding tussen de disciplines, is een essentieel knelpunt dat de samenwerking, de communicatie en het overleg tussen zorgverleners bemoeilijkt.	81%
73) Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking.	80%
77) Er is nood aan een vaste referentie-huisarts.	78%
39) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg': zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee om te gaan.	77%
63) De noodzaak tot transmuraliteit tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat.	77%
49) Zorgverleners zien vaak alleen het 'hier en nu' in hun eigen praktijkvoering. Zij zien het bredere plaatje van gezondheidszorg en de maatschappelijk context onvoldoende.	75%
51) Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken door een andere 'lens' naar dezelfde problematiek, maar beseffen dit gegeven niet.	73%
07) Transmuraal teamwork is in de huidige gezondheidszorgorganisatie moeilijk te organiseren.	71%
3. Klinische informatiesystemen	
15) ICT-tools (sociale kaart, EBMPracticenet,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden.	95%
20) Er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn.	95%
68) De patiënt/mantelzorger is ook nog onvoldoende mee in het ICT-verhaal (EPD= elektronisch patiënten dossier, informed consent, privacy).	92%
97) Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen, zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn (bv. éénlijn.be).	92%
12) Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn er belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk (zowel bij de individuele zorgverlener als door overheid).	89%
19) Er is onduidelijkheid over hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet.	89%
22) Medische software moet operationeel gemaakt worden om ook thuis bij de patiënt te kunnen gebruiken.	86%
41) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en e-Health voor kwaliteitsverbetering van de chronische zorg	80%
11) De ICT-systemen die momenteel door de zorgverleners gebruikt worden, laten het toepassen van CCM niet toe.	78%

13) Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te veel uit om de zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen.	77%
18) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke gegevens de patiënt mag inzien en is er onduidelijkheid over de regeling 'informed consent'.	74%
21) Uitwisseling van gegevens tussen software in de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande.	73%
17) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien.	72%
4. Klinische besluitvorming	
24) Er is een kloof tussen de EBM-theorie en de mogelijkheid om de richtlijnen ook daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse chronische zorg.	83%
44) Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid.	80%
32) Er is nood aan gespecialiseerde ondersteuning voor het organiseren van kwalitatieve bijscholingen.	78%
23) Evidence based medicine (EBM) is onvoldoende gekend bij niet-artsen.	77%
40) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het gebruik van 'evidence based targets' (het nastreven van vooraf geformuleerde targets).	75%
43) Er is weerstand en inertie bij verandering in de eigen praktijk.	70%
5. Beleid en middelen	
04) Kwaliteitsvolle zorg, voor mensen met een chronische aandoening, heeft vaak nood aan een integratie van zorg en welzijn (van medische en sociale problematiek) (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	92%
91) De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners	87%
87) Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed (gebrek aan incentives voor individuele zorgverleners).	86%
98) Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.	86%
81) Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.	83%
86) De zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties.	83%

90) Organisatorische en financiële problemen hebben een directe invloed op de kwaliteit van de mantelzorg.	83%
96) Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen overheid en de basis van de zorgverleners/ patiënten.	83%
08) De Belgische 'vertaling' van het CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor de zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren.	81%
95) Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden	78%
83) Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.	76%
92) Opleidingen (voor de verschillende disciplines) zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg, multidisciplinaire samenwerking en zelfzorg door patiënten.	76%
05) Het Angelsaksische chronic care model (CCM) kan niet zomaar in het Vlaamse gezondheidszorgmodel (met een andere infrastructuur, andere waarden, andere processen) gedropt worden. Zo is er bijvoorbeeld een andere interpretatie van de begrippen 'team' en 'teamwork' (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	75%
82) De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau (SEL, LMN, LOGO) is een belangrijk knelpunt dat kwaliteitsverbetering in de chronische zorg in de weg staat.	75%
93) Het huidige accrediteringssysteem draagt onvoldoende bij tot kwaliteitsverbetering in chronische zorg.	75%
84) De oplopende kosten van bijscholingen en ICT-systemen zijn een probleem voor zorgverleners.	74%
16) Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is.	73%
85) Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op.	72%

TABEL 3: FACILITATORS: ZWAKKE OF AFWEZIGE CONSENSUS

Zwakke consensus: tussen de 50 en de 70% van de ondervraagden verklaarde zich akkoord of helemaal akkoord met de stelling.

Afwezige consensus: minder dan 50% van de ondervraagden verklaarde zich akkoord of helemaal akkoord met de stelling.

1. Patiënt empowerment	
26) Mondigheid van patiënten verbetert de kwaliteit van de zorg	62%
23) Er is een duidelijk besef bij de zorgverleners omtrent de noodzaak van patiëntempowerment en de noodzaak om de patiënt bij de zorg te betrekken.	60%
43) Nieuwe initiatieven zoals FoodSteps, 'bewegen op voorschrift',... leveren een belangrijke bijdrage aan patiënt empowerment.	58%
28) Patiënten vertonen meer openheid naar empowerment en het opnemen van eigen verantwoordelijkheid voor de organisatie van hun eigen chronische zorg.	57%
29) Het werken met peer-tutores en peer-groepen heeft een positieve invloed op de manier waarop de patiënt met zijn eigen chronische zorg omgaat.	57%
27) Er zijn meer patiënten met een hogere scholing waardoor globaal genomen het ziekte-inzicht van de patiënten veel verbeterd is.	48%
17) Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) verzorgen een goed aanbod voor educatie van patiënten.	45%
2. Zorgprocessen	
41g) Nieuwe functies en zorgberoepen: zorgbemiddelaar zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	69%
30) Monodisciplinaire overlegstructuren zijn een goede vorm van peer support bij kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	66%
41j) Nieuwe functies en zorgberoepen (praktijkassistent) zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	66%
22) Er is een duidelijk besef (awareness) bij de zorgverleners omtrent de noodzakelijke veranderingen in functie van kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	57%
41i) Nieuwe functies en zorgberoepen: case-manager zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	55%
39) Het huidige patiëntgebonden overleg (multidisciplinair overleg) werkt zoals het hoort.	40%
40) Het huidige bilateraal overleg tussen zorgverleners (bv. apotheker-huisarts i.v.m. medicatie) werkt zoals het hoort.	31%

3. Klinische informatiesystemen	
4. Klinische besluitvorming	
15) Er is voldoende aanbod en variatie in bijscholingsmogelijkheden (vormingen, literatuur, online-education,...).	64%
21) Er is reeds een brede kennis over multidisciplinaire chronische zorg bij de zorgverleners aanwezig en deze kennis is een goede basis om op verder te bouwen.	58%
12) Er is een voldoende aanbod van goede monodisciplinaire bijscholingen over chronische zorg.	56%
16) Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) verzorgen een goed aanbod voor opleidingen voor hulpverleners.	53%
09) Er is voldoende evidence based medicine informatie beschikbaar op het internet.	52%
11) EBM en richtlijnen/guidelines worden algemeen aanvaard en gebruikt in de praktijkvoering.	44%
5. Beleid en middelen	
41a) Huizen voor chronische zorg/eerstelijns huizen zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	61%
42) In het kader van patiënt empowerment is het reeds bestaan van LOGO een belangrijke troef.	54%
24) Er is een grote openheid ten opzichte van het invoeren van een duidelijke afgelijnde regionale zorgstructuur.	43%
37) De bestaande infrastructuur in de gezondheidszorg biedt voldoende basis om de vernieuwing in de multidisciplinaire chronische zorg verder uit te bouwen.	41%

TABEL 4: BARRIERES: ZWAKKE OF AFWEZIGE CONSENSUS

1. Patiënt empowerment	
65) In het uitoefenen en het organiseren van de zorg wordt te weinig rekening gehouden met culturele verschillen en anderstaligen.	52%
59) Paternalisme en een zwart/wit benadering vanwege de zorgverleners tegenover de patiënten staan een kwalitatieve chronische zorg in de weg.	51%
57) Zorgverleners kunnen niet goed omgaan met de barrières / gevoelens / mogelijkheden / wensen / behoeften van de patiënt i.v.m. chronische zorg.	27%
56) Zorgverleners hebben een gebrek aan empathie ten opzichte van de manier waarop de patiënt met zijn chronisch ziek zijn omgaat.	23%

2. Zorgprocessen	
53) Eigenbelang en het willen behouden van de eigen positie staan in conflict met het werken in team uit het nieuwe model.	69%
36) De verschillen tussen zorgverleners van verschillende disciplines bemoeilijken de samenwerking in de zorg, het volgen van gemeenschappelijke bijscholing en het multidisciplinair overleg.	68%
76) Er is een tekort aan vaste multidisciplinaire teams in de zorg voor chronische patiënten.	66%
48) Awareness: er is een onvoldoende besef over de maatschappelijke nood aan verandering.	64%
55) Individualisme, ego en ijdelheid staan teamwork nog te veel in de weg. (bv. zorgverleners veranderen andermans behandeling zonder voorafgaand overleg; zorgverleners trekken beslissingen van anderen in twijfel ten overstaan van de patiënt).	63%
74) De geografische verspreiding van allemaal zelfstandige zorgverleners bemoeilijkt de communicatie.	63%
54) Zorgverleners hebben nog te weinig vaardigheden om als team samen te werken.	61%
03) Functionele stratificatie van patiënten (dit is het indelen van de patiënten in groepen naargelang hun ziekte-ernst en autonomie) is essentieel bij het de aanpak van chronische zorg (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	58%
79) De service en continuïteit van de zorg buiten de normale werkuren is onvoldoende geregeld.	55%
64) De (chronische) zorg is onvoldoende toegankelijk voor armen, kansarmen en laaggeschoolden.	52%
61) Zorgverleners gaan niet voldoende adequaat om met mantelzorgers.	42%
3. Klinische informatiesystemen	
46) Er is weerstand en inertie bij de implementatie van nieuw ICT-toepassingen.	67%
14) Het gebruik van de huidige softwareprogramma's is te moeilijk voor zorgverleners zonder informatica-opleiding.	61%
4. Klinische besluitvorming	
25) Zorgverleners worden geconfronteerd met tegensprekende richtlijnen en guidelines.	70%
47) Er is een tekort aan besef met betrekking tot de blinde vlekken in eigen kunnen en performantie.	67%
60) Het biomedisch model (louter medisch) overheerst nog steeds de psychosociale en contextuele aanpak (holistisch model).	66%
42) Er is weerstand en inertie bij de implementatie van evidence based medicine.	65%

94) Multidisciplinaire bijscholing zijn niet evident om te organiseren (o.a. door de heterogeniteit van de zorgverleners).	65%
26) Zorgverleners weten niet waar ze EBM-informatie over een specifiek klinisch probleem kunnen vinden.	61%
45) Er is weerstand tegen evaluatie en feedback.	56%
27) Er is een overaanbod aan informatie voor zorgverleners.	54%
31) Multidisciplinaire bijscholing zijn moeilijk op een kwalitatieve wijze te organiseren.	51%
58) Zorgverleners delen de patiënten onvoldoende in volgens risico, autonomie en motivatie.	47%
30) Bijscholing vinden te vaak buiten de werkuren plaats.	43%
29) Bijscholing zijn te duur.	42%
28) Bijscholing zijn niet op maat van de zorgverlener aangepast.	39%
5. Beleid en middelen	
37) De verschillen in interesses en competenties binnen eenzelfde discipline bemoeilijken het implementeren van innovaties.	67%
01) Niet alle elementen van de huidige paradigmaverschuiving zijn onder de zes pijlers van CCM onder te brengen (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	64%
80) Er is nood aan een betere regeling voor een wachtdienst voor kinesisten en verpleegkundigen in het kader van de chronische zorg.	64%
89) Het gebrek aan een derdebetalersregeling is een drempel voor kwaliteitsvolle chronische zorg.	56%
88) Het remgeld, vooral voor medicatie en ziekenhuizen, verhindert toegang tot/is een drempel voor kwaliteitsvolle chronische zorg.	51%

OVERZICHT VAN DE RESULTATEN PER PIJLER

PIJLER 1: PATIËNT EMPOWERMENT

Patiënt empowerment: bevorderende factoren	
70) Mantelzorgers hebben een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	98%
71) De sociale context heeft een belangrijke invloed op de attitudes van de patiënt.	97%
18) Patiënt empowerment is een pijler in de kwaliteitsverbetering van chronische zorg.	88%
19) Diabeteseducatoren zijn van essentieel belang voor het empoweren van patiënten met type 2 diabetes.	86%
25) De toename van de mondigheid van de patiënten is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire zorg.	75%
26) Mondigheid van patiënten verbetert de kwaliteit van de zorg	62%
23) Er is een duidelijk besef bij de zorgverleners omtrent de noodzaak van patiëntempowerment en de noodzaak om de patiënt bij de zorg te betrekken.	60%
43) Nieuwe initiatieven zoals FoodSteps, 'bewegen op voorschrift',... leveren een belangrijke bijdrage aan patiënt empowerment.	58%
28) Patiënten vertonen meer openheid naar empowerment en het opnemen van eigen verantwoordelijkheid voor de organisatie van hun eigen chronische zorg.	57%
29) Het werken met peer-tutores en peer-groepen heeft een positieve invloed op de manier waarop de patiënt met zijn eigen chronische zorg omgaat.	57%
27) Er zijn meer patiënten met een hogere scholing waardoor globaal genomen het ziekte-inzicht van de patiënten veel verbeterd is.	48%
17) Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) verzorgen een goed aanbod voor educatie van patiënten.	45%

Patiënt empowerment: belemmerende factoren	
69) De patiënt loopt verloren in het overaanbod van informatie (o.a. Google).	95%
33) Het concept 'patiënt-empowerment' is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	78%
66) Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van patiënt-empowerment.	78%
34) Bij het 'patiënt-empowerment' is het onduidelijk wie welke taak opneemt.	75%
35) Nadruk op gezondheidsbevordering (in plaats van ziektebestrijding) is bij zorgverleners niet ingeburgerd.	73%
65) In het uitvoeren en het organiseren van de zorg wordt te weinig rekening gehouden met culturele verschillen en anderstaligen.	52%
59) Paternalisme en een zwart/wit benadering vanwege de zorgverleners tegenover de patiënten staat een kwalitatieve chronische zorg in de weg.	51%
57) Zorgverleners kunnen niet goed omgaan met de barrières / gevoelens / mogelijkheden / wensen / behoeften van de patiënt i.v.m. chronische zorg	27%
56) Zorgverleners hebben gebrek aan empathie ten opzichte van de manier waarop de patiënt met zijn chronisch ziek zijn omgaat.	23%

Zorgprocessen: bevorderende factoren	
20) Het positieve engagement van de zorgverleners is een essentiële troef bij de verbetering van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	99%
36) Een goed functionerend team van professionele zorgverleners, die allemaal dezelfde boodschap zonder tegenstrijdigheden vertellen aan de patiënt, is essentieel opdat de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn zorg zal opnemen.	99%
32) Multidisciplinaire samenkomsten, waarbij zorgverleners elkaar beter leren kennen, verbeteren de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	96%
01b) Palliatieve netwerken zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	95%
34) Interacties tussen zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen bieden een oplossing voor het doorbreken van het 'silo-denken' (zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet).	95%
35) De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is een onmisbare troef voor goede zorg.	95%
31) Het uitwisselen van 'good practices' tussen zorgverleners verbetert de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	94%
01a) Gespecialiseerde paramedici in complexe situaties (dementie-, wondzorg-, palliatieve verpleegkundige, diabeteseducatoren en anderen) zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
01d) Het ontslagmanagement uit ziekenhuizen is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	92%
33) Proefprojecten met de verschillende beroepsgroepen tezamen zijn belangrijk om zorgverleners mee te krijgen in het proces van kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	91%
14) Multidisciplinaire avonden zijn nodig voor bijscholing rond chronische zorg.	90%
01c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	84%
13) Lokaal monodisciplinair overleg is nodig om interactief van elkaar te leren over chronische zorg.	82%
41h) Nieuwe functies en zorgberoepen: gespecialiseerde verpleegkundige voor complexe zorgsituaties zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41c) Zorgtrajecten zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	72%
41k) Nieuwe functies en zorgberoepen: praktijkverpleegkundige zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	70%
41g) Nieuwe functies en zorgberoepen: zorgbemiddelaar zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	69%
30) Monodisciplinaire overlegstructuren zijn een goede vorm van peer support bij kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	66%
41j) Nieuwe functies en zorgberoepen: praktijkassistent zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	66%
22) Er is een duidelijk besef (awareness) bij de zorgverleners omtrent de noodzakelijke veranderingen in functie van kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	57%
41i) Nieuwe functies en zorgberoepen: case-manager zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	55%
39) Het huidige patiënt-gebonden overleg (MDO: multidisciplinair overleg) werkt zoals het hoort.	40%
40) Het huidige bilateraal overleg tussen zorgverleners (bijvoorbeeld: apotheker –huisarts i.v.m. medicatie) werkt zoals het hoort.	31%

Zorgprocessen: belemmerende factoren	
06) Teamwork betekent meer dan coördinatie en elektronische communicatie.	94%
67) In de zorgverlening voor patiënten moet rekening gehouden worden met de weerslag van de sociale context (bv. de kennis, gedrag en attitudes van de mantelzorgers).	93%
02) Patiënt-centered care is essentieel bij chronische zorg (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	92%
10) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: de competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende afgebakend, noch gekend.	87%
78) Wat continuïteit van zorg betreft, is er een probleem met de naadloze (seamless) overgang tussen zorg in de eerste lijn en ziekenhuiszorg en omgekeerd.	87%
75) Er is een gebrek aan duidelijkheid rond het concept 'case-management' (voor welke patiënten? nieuwe functie of gewoon een zorgverlener uit het zorgteam?).	86%
52) De eerste lijn kent onvoldoende de dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en omgekeerd.	84%
09) Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: het nut van nieuwe functies wordt niet altijd erkend door de gevestigde beroepsgroepen.	83%
50) Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet (silo-effect) .	83%
38) De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart, LMN, SEL,...).	82%
62) Vernieuwing en concepten beperken zich nog te veel tot de eigen lijn (silo-effect).	81%
72) Het silo-effect, dit is de scheiding tussen de disciplines, is een essentieel knelpunt dat de samenwerking, de communicatie en het overleg tussen zorgverleners bemoeilijkt.	81%
73) Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking.	80%
77) Er is nood aan een vaste referentie-huisarts.	78%
39) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg': zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee om te gaan.	77%
63) De noodzaak tot transmuraliteit tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat.	77%
49) Zorgverleners zien vaak alleen het 'hier en nu' in hun eigen praktijkvoering. Zij zien het bredere plaatje van de gezondheidszorg en de maatschappelijke context onvoldoende.	75%
51) Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken door een andere 'lens' naar dezelfde problematiek, maar beseffen dit gegeven niet.	73%
07) Transmuraal teamwork is in de huidige gezondheidszorgorganisatie moeilijk te organiseren.	71%
53) Eigenbelang en het willen behouden van de eigen positie staan in conflict met het werken in team uit het nieuwe model.	69%
36) De verschillen tussen zorgverleners van verschillende disciplines bemoeilijken de samenwerking in de zorg, het volgen van gemeenschappelijke bijscholing en het multidisciplinair overleg.	68%
76) Er is een tekort aan vaste multidisciplinaire teams in de zorg voor chronische patiënten.	66%
48) Awareness: er is een onvoldoende besef over de maatschappelijke nood aan verandering.	64%
55) Individualisme, ego en ijdelheid staan teamwork nog te veel in de weg (bv. zorgverleners veranderen andermans behandeling zonder voorafgaand overleg; zorgverleners trekken beslissingen van anderen in twijfel ten overstaan van de patiënt).	63%
74) De geografische verspreiding van allemaal zelfstandige zorgverleners bemoeilijkt de communicatie.	63%
54) Zorgverleners hebben nog te weinig vaardigheden om als team samen te werken.	61%
03) Functionele stratificatie van patiënten (dit is het indelen van de patiënten in groepen naargelang hun ziekte-ernst en autonomie) is essentieel bij het de aanpak van chronische zorg (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	58%
79) De service en continuïteit van de zorg buiten de normale werkuren is onvoldoende geregeld.	55%
64) De (chronische) zorg is onvoldoende toegankelijk voor armen, kansarmen en laaggeschoolden.	52%
61) Zorgverleners gaan niet voldoende adequaat om met mantelzorgers.	42%

Klinische informatiesystemen: bevorderende factoren	
48) Goedwerkende ICT is een basisvoorwaarde voor kwaliteitsvolle en efficiënte zorg.	91%
01e) Het gedeeld farmaceutisch dossier is een meerwaarde voor de kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	90%
41f) Het GMD als instrument voor de vaste referentie-huisarts is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
02) De sociale kaart is een werkinstrument voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	86%
04) De opleiding en navorming voor ICT en softwarepakketten zijn essentieel voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire zorg.	84%
07) Technologische evoluties (e-mail, digitaal afsprakenbeheer,...) zijn een essentiële pijler voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	84%
03) Het project 'éénlijn.be' is een belangrijke facilitator om de innovatie in ICT-applicaties te ondersteunen.	78%
05) De nieuwe softwarepakketten met hun specifiek ingebouwde tools zorgen voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
06) E-Health is een conceptueel sterke ICT-innovatie voor kwaliteitsverbetering in multidisciplinaire chronische zorg.	78%
41e) De website e-Health is een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	73%

Klinische informatiesystemen: belemmerende factoren	
15) ICT-tools (sociale kaart, EBMPacticienet,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden.	95%
20) Er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn.	95%
68) De patiënt/mantelzorger is ook nog onvoldoende mee in het ICT-verhaal (EPD= elektronisch patiëntendossier, informed consent, privacy).	92%
97) Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen, zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn (bv éénlijn.be).	92%
12) Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn er belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk (zowel bij de individuele zorgverlener als door overheid).	89%
19) Er is onduidelijkheid over hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet.	89%
22) Medische software moet operationeel gemaakt worden om ook thuis bij de patiënt te kunnen gebruiken.	86%
41) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en e-Health voor kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.	80%
11) De ICT-systemen die momenteel door de zorgverleners gebruikt worden, laten het toepassen van CCM niet toe.	78%
13) Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te veel uit om de zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen.	77%
18) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke gegevens de patiënt mag inzien en is er onduidelijkheid over de regeling 'informed consent'.	74%
21) Uitwisseling van gegevens tussen software in de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande.	73%
17) Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien.	72%
46) Er is weerstand en inertie bij de implementatie van nieuw ICT toepassingen.	67%
14) Het gebruik van de huidige softwareprogramma's is te moeilijk voor zorgverleners zonder informatica-opleiding.	61%

Beslissingsondersteuning en klinische besluitvorming: bevorderende factoren	
41d) Richtlijnen zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	87%
47) De verscheidene vormen van feedback (LOK, 1 op 1 intervisie, praktijkcoaching, voorschrijfprofielen Riziv,...) dragen bij tot de kwaliteitsverbetering van de chronische zorg.	83%
46) Kwaliteitshandboeken in bepaalde disciplines (bijvoorbeeld: verpleegkunde) zijn essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit chronische zorg.	78%
08) De kwaliteitsindicatoren en de methodologie ter bevordering van de kwaliteit (normering en protocollering) bevorderen het evidence based werken.	75%
10) CEBAM (meer info: www.cebam.be) is van essentieel belang ter bevordering van evidence based zorg.	72%
15) Er is voldoende aanbod en variatie in bijscholingsmogelijkheden (vormingen, literatuur, online-education,...).	64%
21) Er is reeds een brede kennis over multidisciplinaire chronische zorg bij de zorgverleners aanwezig en deze kennis is een goede basis om op verder te bouwen.	58%
12) Er is een voldoende aanbod van goede monodisciplinaire bijscholingen over chronische zorg.	56%
16) Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) verzorgen een goed aanbod voor opleidingen voor hulpverleners.	53%
09) Er is voldoende evidence based medicine informatie beschikbaar op het internet.	52%
11) EBM en richtlijnen/guidelines worden algemeen aanvaard en gebruikt in de praktijkvoering.	44%

Beslissingsondersteuning en klinische besluitvorming: belemmerende factoren	
24) Er is een kloof tussen de EBM-theorie en de mogelijkheid om de richtlijnen ook daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse chronische zorg.	83%
44) Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid.	80%
32) Er is nood aan gespecialiseerde ondersteuning voor het organiseren van kwalitatieve bijscholingen.	78%
23) Evidence based medicine (EBM) is onvoldoende gekend bij niet-artsen.	77%
40) Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het gebruik van 'evidence based targets' (het nastreven van vooraf geformuleerde targets).	75%
25) Zorgverleners worden geconfronteerd met tegensprekende richtlijnen en guidelines.	70%
43) Er is weerstand en inertie bij verandering in de eigen praktijk.	70%
47) Er is een tekort aan besef met betrekking tot de blinde vlekken in eigen kunnen en performantie.	67%
60) Het biomedisch model (louter medisch) overheerst nog steeds de psychosociale en contextuele aanpak (holistisch model).	66%
42) Er is weerstand en inertie bij de implementatie van evidence based medicine.	65%
94) Multidisciplinaire bijscholingen zijn niet evident om te organiseren (o.a. door heterogeniteit van de zorgverleners).	65%
26) Zorgverleners weten niet waar ze EBM-informatie over een specifiek klinisch probleem vinden.	61%
45) Er is weerstand tegen evaluatie en feedback.	56%
27) Er is een overaanbod aan informatie voor zorgverleners.	54%
31) Multidisciplinaire bijscholingen zijn moeilijk op een kwalitatieve wijze te organiseren.	51%
58) Zorgverleners delen de patiënten onvoldoende in volgens risico, autonomie en motivatie.	47%
30) Bijscholingen vinden te vaak buiten de werkuren plaats.	43%
29) Bijscholingen zijn te duur.	42%
28) Bijscholingen zijn niet op maat van de zorgverlener aangepast.	39%

Beleid en middelen: bevorderende factoren	
49) Adequate terugbetaling van diensten is noodzakelijk ter bevordering van de toegankelijkheid van de zorg.	96%
44) Specifieke financiële incentives (bijscholingspremie, ICT-premie,...) zijn een belangrijke tool in de kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire chronische zorg.	86%
45) Een vernieuwd wetgevend kader (accreditering, normering) is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van multidisciplinaire chronische zorg.	85%
41b) Monodisciplinaire beroepsorganisaties (huisartsenkringen, apotheker-, kine-, verpleegkundigenverenigingen) zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	79%
38) Bestaande multidisciplinaire overlegstructuren (SEL, LMN, LOGO,...) zijn van essentieel belang in het verbeteren van de kwaliteit van multidisciplinaire chronische zorg.	75%
41a) Huizen voor chronische zorg/eerstelijns huizen zijn een meerwaarde bij het uitbouwen van kwaliteitsvolle multidisciplinaire chronische zorg.	61%
42) In het kader van patiënt empowerment is het reeds bestaan van LOGO een belangrijke troef.	54%
24) Er is een grote openheid ten opzichte van het invoeren van een duidelijke afgelijnde regionale zorgstructuur.	43%
37) De bestaande infrastructuur in de gezondheidszorg biedt voldoende basis om de vernieuwing in de multidisciplinaire chronische zorg verder uit te bouwen.	41%

Beleid en middelen: belemmerende factoren	
04) Kwaliteitsvolle zorg, voor mensen met een chronische aandoening, heeft vaak nood aan een integratie van zorg en welzijn (van medische en sociale problematiek) (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	92%
91) De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners	87%
87) Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed (gebrek aan incentives voor individuele zorgverleners).	86%
98) Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.	86%
81) Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.	83%
86) De zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties.	83%
90) Organisatorische en financiële problemen hebben een directe invloed op de kwaliteit van de mantelzorg.	83%
96) Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen overheid en de basis van de zorgverleners/ patiënten.	83%
08) De Belgische 'vertaling' van het CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor de zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren.	81%
95) Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden	78%
83) Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.	76%
92) Opleidingen (voor de verschillende disciplines) zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg, multidisciplinaire samenwerking en zelfzorg door patiënten.	76%
05) Het Angelsaksische Chronic Care Model (CCM) kan niet zomaar in het Vlaamse gezondheidszorgmodel (met een andere infrastructuur, andere waarden, andere processen) gedropt worden. Zo is er bijvoorbeeld een andere interpretatie van de begrippen 'team' en 'teamwork' (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	75%
82) De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau (SEL, LMN, LOGO) is een belangrijk knelpunt dat kwaliteitsverbetering in de chronische zorg	75%

in de weg staat.	
93) Het huidige accrediteringssysteem draagt onvoldoende bij tot kwaliteitsverbetering in chronische zorg.	75%
84) De oplopende kosten van bijscholingen en ICT-systemen zijn een probleem voor zorgverleners.	74%
16) Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is.	73%
85) Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op.	72%
37) De verschillen in interesses en competenties binnen eenzelfde discipline bemoeilijken het implementeren van innovaties.	67%
01) Niet alle elementen van de huidige paradigmaverschuiving zijn onder de zes pijlers van CCM onder te brengen (ter informatie: innovatie behelst de barrières verbonden aan het concept 'chronic care model' zelf, onafhankelijk van de lokale situatie (helderheid, haalbaarheid, wetenschappelijke waarde)).	64%
80) Er is nood aan een betere regeling voor een wachtdienst voor kinesisten en verpleegkundigen in het kader van de chronische zorg.	64%
89) Het gebrek aan een derdebetalersregeling is een drempel voor kwaliteitsvolle chronische zorg.	56%
88) Het remgeld, vooral voor medicatie en ziekenhuizen, verhindert toegang tot/is een drempel voor kwaliteitsvolle chronische zorg.	51%

- Bijlage 1: Gedetailleerde beschrijving van de resultaten van de verschillende proefprojecten.
(wordt elektronisch ter beschikking gesteld via de website van Domus Medica)
- Bijlage 2: Long list met 349 barrières en 167 facilitators.
- Bijlage 3: resultaten valideringsproces

BIBLIOGRAFIE

- 1 Nobels F, Amant M, Samyn E, Wijns M, Haecck C, Vandenberg AM, Vinken S, Sunaert P, Bastiaens H, Van Crombrugge P. Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management. Vlaams tijdschrift voor Diabetologie 2008; (2): 7-13.
- 2
 - (1) Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med* 2007; 167(6):551-561.
 - (2) Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis* 2013; 10:E26.
 - (3) Pasricha A, Deinstadt RT, Moher D, Killoran A, Rourke SB, Kendall CE. Chronic Care Model Decision Support and Clinical Information Systems interventions for people living with HIV: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2013; 28(1):127-135.
 - (4) McEvoy P, Barnes P. Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14(3):233-238.
- 3 Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 2001; 20(6): 64-78.
- 4 Barnett et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for healthcare, research and medical education. *Lancet* 2012; 380: 370-43.
- 5 PLoS Med. 2009 Apr; 6(4): e1000058. Published online 2009 Apr 28.
doi: [10.1371/journal.pmed.1000058](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058). PMCID: PMC2667673. The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors [Goodarz Danaei](#),^{1,2} [Eric L. Ding](#),¹ [Dariush Mozaffarian](#),^{1,3} [Ben Taylor](#),^{4,5} [Jürgen Rehm](#)^{4,5,6}, [Christopher J. L. Murray](#),⁷ and [Majid Ezzati](#)^{1,2,*}
- 6 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
- 7 Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis* 2013 Feb 21; 10(26). doi: 10.5888/pcd10.120180.
- 8 Vrijhoef B. Chronische zorg in Nederland anno 2010: leidt verandering tot verbetering? *TSG* 2010; 88(2): 59-62.
- 9 Pruitt S, Annandale S et al. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization; 2002.
- 10 Heyrman J, Van Geystelen V, Dragon U, Vermeire A et al. Uitbreiding naar brede chronische zorg: leerpunten en kritische reflectie vanuit zorgtrajecten □Internet□. 2013

Jul □ geraadpleegd op 2015 Apr 26□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/groepen/kringen/nieuws/4878-vino-strategische-documenten-chronische-zorg.html>

11 Nobels F, Amant M, Samyn E, Wijns M, Haeck C, Vandenberg AM, Vinken S, Sunaert P, Bastiaens H, Van Crombrugge P. Diabetes Project Aalst: Chronic Disease Management. Vlaams tijdschrift voor Diabetologie 2008; (2): 7-13.

12 Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2012 Dec 19. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82.

13 D'hanis G. Welkom op deze netwerkdag Chronische Zorg: Introductie en situering

□Internet□. 2015 Mrt 21 □ geraadpleegd op 2015 Apr 17□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-teksten-beschikbaar.html>

14 Frans A. Zorgregio Zuid Oost Limburg □Internet□. 2015 Mrt 21 □ geraadpleegd op 2015 Apr 20□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-teksten-beschikbaar.html>

15 Torfs V, Van den Bossche E. Proefproject 'Zorgregio Boom' □Internet□. 2015 Mrt 21

□geraadpleegd op 2015 Apr 20□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-%20teksten-beschikbaar.html>

16 SEL TOM. Streekplatform werking □Internet□. 2011 □Geüpdatet op 2014 Okt 14;

geraadpleegd op 2015 Apr 20□. Beschikbaar op:

<http://www.thuiszorgoverlegmechelen.be/index.php?page=scl-streek>

17 Goderis G. Is Vlaanderen klaar voor chronische zorg □Internet□. 2015 Mrt 21

□geraadpleegd op 2015 Apr 17□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-%20teksten-beschikbaar.html>

18 Borgermans L. Tien Principes voor de Toekomstige Organisatie van de Chronische Zorg

□Internet□. 2015 Mrt 21 □ geraadpleegd op 2015 Apr 13□. Beschikbaar op:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5865-netwerkdag-chronische-zorg-%20teksten-beschikbaar.html>